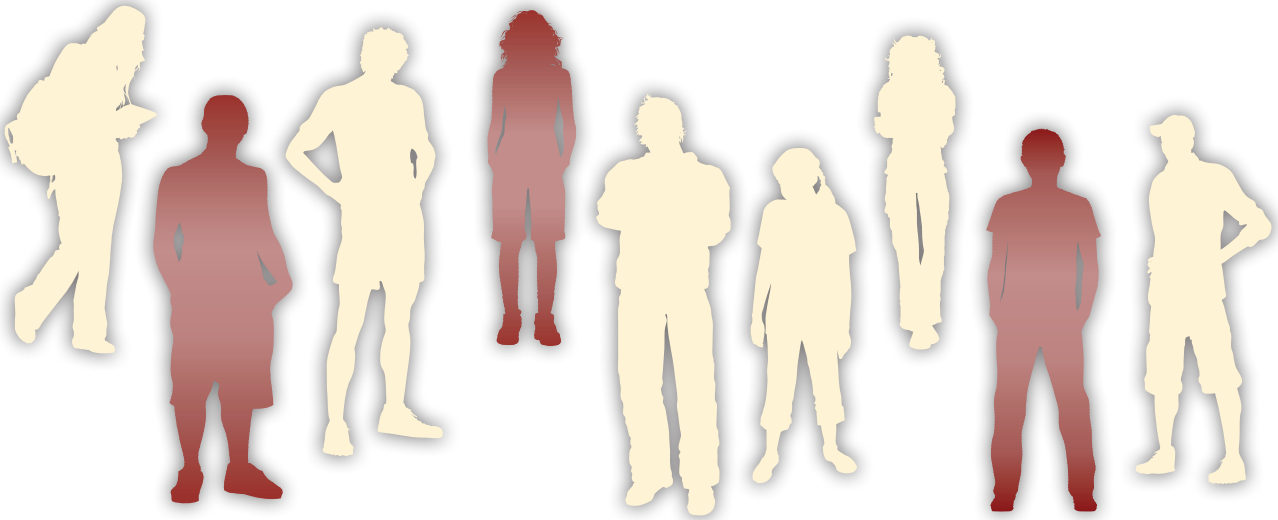
PRUEBAS DE DETECCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL Y BREVE INTERVENCIÓN PARA JÓVENES

GUÍA PARA PROFESIONALES

1 de cada 3 niños empieza a beber antes de terminar el 8º grado

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism



1 de cada 3 niños empieza a beber antes de terminar el 8º grado
... y de ellos, la mitad dice haberse emborrachado.

Johnston, L. D., O'Malley, P. M., Bachman, J. G., & Schulenberg, J. E. (2011). *Monitoring the Future national survey results on adolescent drug use: Overview of key findings, 2010.* Ann Arbor: Institute for Social Research, The University of Michigan, 77 pp.

Contenido

Introducción 1

Sobre esta Guía 3

Antes de empezar 5

Pruebas de detección del consumo de alcohol y breve intervención para jóvenes entre 9 y 18 años: Los cuatro pasos a simple vista 7

Para todos los pacientes:

Paso 1: Formule las dos preguntas de detección 8

Paso 2: Guíe a los pacientes que no beben 9

o evalúe el riesgo en los pacientes que sí beben 10

Para los pacientes que beben:

Paso 3: Aconseje y ayude 11

Paso 4: Durante el seguimiento, continúe su apoyo 12

Apéndice

Preguntas frecuentes 14

Materiales clínicos de apoyo 25

Referencias 36

Recursos adicionales 39

Introducción

Con esta Guía, el National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (*Instituto Nacional sobre el Abuso del Alcohol y el Alcoholismo*; NIAAA, por sus siglas en inglés) presenta una herramienta sencilla, rápida y empírica para identificar a los jóvenes que están en riesgo de presentar problemas relacionados con el alcohol. Si usted está a cargo de la salud y el bienestar de niños y adolescentes entre 9 y 18 años de edad, esta Guía es para usted. Ha sido creada en colaboración con investigadores clínicos y profesionales de la salud como usted.

¿Por qué escoger esta herramienta?

Porque puede detectar el riesgo temprano. Comparado con otras pruebas de detección que se enfocan en los problemas del consumo de alcohol establecidos, esta herramienta para la detección temprana busca ayudar a prevenir los problemas relacionados con el alcohol en sus pacientes antes de que se presenten o a abordarlos en una etapa temprana.

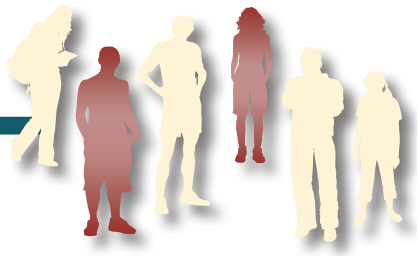
Porque tiene una base empírica. Las preguntas para la detección y la evaluación del nivel de riesgo, desarrolladas a través de encuestas de investigación primaria, son pruebas diagnósticas fuertes de las consecuencias negativas actuales y futuras del consumo de alcohol.

Porque es rápida y versátil. La prueba de detección consta de solo dos preguntas que se pueden incorporar fácilmente en las entrevistas a los pacientes o a las herramientas de detección previas a la consulta en cualquier momento de la atención médica, desde los exámenes anuales hasta la atención médica de emergencia.

Porque es la primera herramienta que incluye a los amigos que beben. La pregunta sobre "los amigos" le ayudará a identificar a los pacientes que están en las etapas tempranas del consumo de alcohol y a enfocar la orientación para incluir el importante factor de riesgo de los amigos que beben.

¿Por qué detectar el consumo de alcohol entre menores de edad?

Porque es común. El alcohol es la droga preferida entre los jóvenes. Con frecuencia, es lo primero que prueban y lo que la mayoría de los niños consume (Johnston et al., 2010). Durante la adolescencia, la proporción de niños que bebieron en el año anterior aumenta 10 veces, del 7% de los niños de 12 años a casi un 70% de los jóvenes de 18 años (NIAAA, 2011). El consumo excesivo y peligroso de alcohol, conocido como *binge drinking*, es común y aumenta también con la edad: aproximadamente 1 de cada 14 jóvenes en 8° grado, 1 de cada 6 jóvenes en 10° grado y 1 de cada 4 jóvenes en 12° grado dice haber bebido cinco o más bebidas alcohólicas seguidas durante las 2 semanas anteriores (Johnston et al., 2011). Lo más probable es que en su práctica haya un porcentaje de jóvenes en riesgo.



Porque es riesgoso. A corto plazo, el consumo seguido de alcohol entre los adolescentes muchas veces termina en lesiones involuntarias y muerte, suicidios, agresiones y abusos, infecciones y embarazos no planeados como consecuencia de las relaciones sexuales sin protección y problemas académicos y sociales (Brown et al., 2008). A largo plazo, el consumo de alcohol entre los adolescentes está relacionado con un mayor riesgo de dependencia del alcohol en el futuro (Hingson et al., 2006; Grant & Dawson, 1997). Además, el consumo de alcohol en exceso durante la adolescencia puede causar cambios funcionales y estructurales permanentes en el cerebro (Squeglia et al., 2009).

Porque es un indicador de otros comportamientos poco saludables. Cuando las pruebas de detección entre los adolescentes muestran un resultado positivo de uno de los comportamientos riesgosos, ya sea el consumo de alcohol, el uso de tabaco, el uso de drogas ilícitas o las relaciones sexuales sin protección, es por lo general un buen indicador de los otros (Biglan et al., 2004). Para muchos jóvenes, el primer comportamiento riesgoso que prueban es consumir alcohol. Por lo tanto, la prueba de detección rápida del consumo de alcohol en esta Guía puede ayudarle a mantenerse alerta de los pacientes que quizás también requieran atención por otros comportamientos riesgosos.

Porque generalmente pasa sin detectar. La mayoría de los adolescentes van a consulta con el médico de cabecera cada 1 o 2 años (O'Connor et al., 1999), y muchos están dispuestos a hablar sobre el consumo de alcohol cuando se les garantiza la confidencialidad (Ford et al., 1997). Sin embargo, la mayoría de los médicos no siguen las pautas profesionales de hacer una prueba de detección del consumo de alcohol a todos sus pacientes adolescentes, indicando por lo general como barrera el tener poca confianza en sus habilidades para manejar el tema del consumo de alcohol (Millstein & Marcell, 2003). Para ofrecer apoyo en esta área, esta Guía incluye una descripción general de un enfoque prometedor y apto para usar con adolescentes para promover cambios positivos entre los consumidores de alcohol jóvenes (consulte la página 29).

Como un proveedor de atención médica de confianza, usted está en la posición ideal para identificar los riesgos y problemas relacionados con el consumo de alcohol de sus pacientes e intervenir. Nuestra esperanza es que la brevedad, facilidad de uso y potencia predecible de esta nueva herramienta le permita detectar los riesgos del consumo de alcohol y prevenir lesiones lo antes posible. Con esta Guía, usted tiene lo que necesita para empezar.

Sobre esta Guía

El NIAAA creó esta Guía para ayudarle a realizar pruebas de detección de alcohol e intervenciones rápidas y eficaces con sus pacientes, incluso durante las consultas médicas cortas y graves. Las herramientas, consejos y recursos están diseñados para ayudarle a sobrellevar los obstáculos comunes en la detección del consumo de alcohol entre jóvenes en la atención primaria. Entre las barreras típicas se incluyen falta de tiempo, falta de familiaridad con las herramientas de detección, necesidad de priorizar los problemas que compiten según la gravedad y poca certeza de cómo manejar un resultado positivo en la prueba de detección (Van Hook et al., 2007).

Ya es hora —la suya y la de sus pacientes

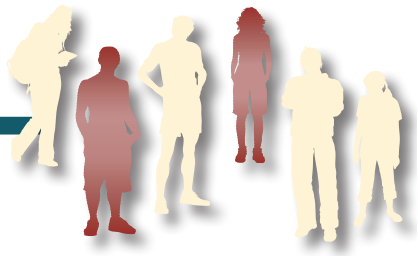
En la atención primaria, su tiempo vale mucho. El tiempo también es esencial para sus pacientes que pueden estar considerando, experimentando, usando, abusando o hasta volviéndose dependientes del alcohol. Teniendo esto en cuenta, queremos que usted tenga la herramienta más breve posible para la detección del consumo de alcohol y con la capacidad más sólida para predecir los problemas actuales o futuros de los jóvenes. Para lograr esta meta, el NIAAA convocó a un grupo de trabajo de investigadores que llevaron a cabo análisis primarios de múltiples bases de datos por muchos años. Su extenso trabajo se resumió en dos preguntas por paciente, variando un poco según la edad.

Dos preguntas poderosas que abren la puerta

La primera pregunta es acerca de los amigos que beben y la segunda es personal, acerca de la frecuencia con que el paciente bebe (consulte la página 8). La pregunta sobre el consumo de alcohol de los amigos es una señal de alerta temprana que predice con mayor precisión los niveles del consumo de alcohol del paciente en el futuro (Brown et al., 2010). También le ofrece una entrada segura por "la puerta lateral" para empezar a hablar sobre el alcohol, especialmente con los pacientes más jóvenes. La pregunta personal sobre el consumo del alcohol se centra en la frecuencia, la mejor prueba diagnóstica del riesgo actual de daño relacionado con el alcohol entre los adolescentes que ya beben (Chung et al., 2012). Los investigadores examinaron muchas otras preguntas, pero estas dos tuvieron el mayor grado de practicidad y previsibilidad. Si se trata de preguntar sobre el consumo de alcohol, estas son las preguntas que debe hacer. (Para detalles sobre el desarrollo de las preguntas, vea la página 16 y visite https://www.niaaa.nih.gov/alcohols-effects-health/professional-education-materials/alcohol-screening-and-brief-intervention-youth-practitioners-guide).

El estimador de riesgo puede ayudarle a priorizar los problemas actuales

Por lo general, durante las consultas médicas para los casos graves no hay tiempo para una orientación anticipada. Incluso durante las consultas de rutina, usted tendrá que escoger la orientación que va a ofrecer. El estimador de riesgo (vea la página 10 y la Guía de bolsillo) indica ampliamente la probabilidad de que su paciente tenga problemas relacionados con el consumo de alcohol, en función de su edad y frecuencia del consumo. Este estimador, sumado a lo que ya sabe sobre su paciente, le ayudará a determinar la profundidad y el contenido de su respuesta.



Los resultados positivos de las detecciones se vuelven manejables

Las herramientas de esta Guía eliminarán gran parte del misterio de cómo intervenir con sus pacientes que consumen alcohol, lo que le permitirá avanzar dentro de un marco clínico de riesgo menor, moderado o mayor (consulte la página 11). Por ejemplo, una vez que determine que un paciente tiene un riesgo menor, usted podrá brindarle consejería breve, rápida y con confianza, y seguir adelante. Para los pacientes con un riesgo moderado o mayor de sufrir daños relacionados con el consumo del alcohol, usted ya habrá descubierto quizás la mayor amenaza actual para su salud, y podrá manejarla eficazmente. Esta Guía describe los diferentes niveles de intervenciones con consejos sobre temas para tratar. También presenta una descripción general de las entrevistas motivacionales breves, una intervención interactiva y amigable que se considera la más eficaz posible para los jóvenes (consulte la página 29).

Además, la Guía tiene como objeto ayudar a los médicos a superar otras barreras comunes para la detección: preocupaciones sobre la confidencialidad (consulte la página 25), falta de información para codificar la consejería sobre el consumo de alcohol (consulte la página 24) y el reto de encontrar recursos para remitir a los adolescentes a tratamiento (consulte la página 35).

En resumen, nuestro objetivo es apoyar sus esfuerzos para proteger a sus pacientes de los daños relacionados con el consumo de alcohol. Queremos escuchar su opinión. Envíenos un correo electrónico a NIAAAYouthGuide@mail.nih.gov con sus comentarios sobre esta Guía y sugerencias sobre cómo mejorar nuestro apoyo.

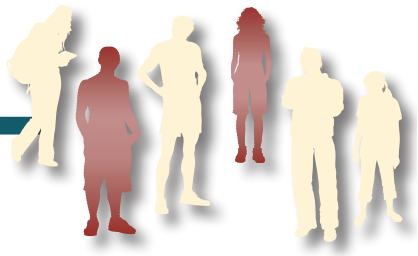
Antes de empezar

Elija su método de detección

Las preguntas de la prueba de detección se pueden usar en cualquier momento, solas o en combinación con otras herramientas, como parte de una entrevista clínica. Algunas prácticas tal vez prefieran incorporar las preguntas en cuestionarios de autoinforme impresos o en exámenes de detección en línea que los pacientes completan antes de la consulta con el médico. Por supuesto, usted tendrá que proteger la privacidad del paciente independientemente de que haga las preguntas en persona o por otros medios.

Piense en las oportunidades e indicaciones clínicas en que puede aplicar la prueba

- Como parte de un **examen anual**
- Como parte de una **consulta por un caso grave**
- En la **sala de emergencia** o centro de atención urgente
- Al ver pacientes que:
  - **no ha visto en un tiempo**
  - es probable que beban, como los jóvenes que **fuman cigarrillos**
  - tienen **afecciones asociadas con un mayor riesgo** para el abuso de sustancias, como:
    - depresión
    - ansiedad
    - trastorno por déficit de atención e hiperactividad
    - problemas de comportamiento
  - tienen **problemas de salud que podrían estar relacionados con el alcohol**, como:
    - accidentes o lesiones
    - infecciones de transmisión sexual o embarazo no planeado
    - cambios en los hábitos alimenticios o patrones del sueño
    - trastornos gastrointestinales
    - dolor crónico
  - muestran **cambios substanciales de comportamiento**, como:
    - un aumento en confrontaciones
    - cambios significativos de humor
    - pérdida de interés en las actividades
    - cambio de amigos
    - una caída en el promedio de calificaciones
    - muchas ausencias injustificadas en la escuela



Prepare su práctica para simplificar el proceso

- **Eduque al personal del consultorio.** Asegúrese que el personal comprenda la importancia de la detección del consumo de alcohol universal entre los jóvenes. Identifique a un líder "campeón" para que establezca, monitoree y evalúe los procedimientos del consultorio.
- **Decida cómo se realizará la prueba de detección.** Si la prueba de detección la hace el asistente clínico en lugar del médico, o si se usa una herramienta impresa o computarizada, lleve un registro para facilitar el seguimiento en la sala de evaluación. Comprométase a hacer una prueba de detección en cada consulta posible.
- **Establezca recordatorios.** Si hay disponibles, use los registros médicos electrónicos como referencia para la detección y el seguimiento.
- **Prepárese para brindar una atención confidencial.** Establezca procedimientos para brindar atención confidencial. Familiarícese con las leyes de su estado sobre la capacidad de un menor para dar su consentimiento para el tratamiento del abuso de sustancias (consulte la página 25).
- **Prepárese para hacer las remisiones.** Familiarícese y genere una lista de recursos para el tratamiento del consumo de alcohol entre los jóvenes (consulte la página 35); mantenga copias de la lista en las salas de evaluación.
- **Tenga consigo los materiales.** Tenga copias de la Guía de bolsillo (incluida) en las salas de evaluación y de los materiales educativos para los padres (consulte la página 39).

Los cuatro pasos a simple vista

Consulte las siguientes páginas para conocer los pasos en detalle.

Paso 1: Haga las dos preguntas de detección específicas por edad

- ***Una sobre el consumo de alcohol de los amigos***
- ***Otra sobre la frecuencia del consumo de alcohol del paciente***

¿Bebe el paciente?

No

Paso 2: Guíe al paciente

Para los pacientes que NO beben alcohol

- Refuerce las elecciones saludables.

Si los amigos beben:

- Explore las opiniones de su paciente sobre esto.
- Pregúntele sobre sus planes para mantenerse sin beber alcohol.
- Haga otra evaluación en la siguiente visita.

Si los amigos no beben:

- Elogie la elección de tener amigos que no beben.
- Estimule y afirme las razones para mantenerse sin beber alcohol.
- Haga otra evaluación el año siguiente.

Fin de la evaluación para los pacientes que no beben

Sí

Paso 2: Evalúe el riesgo

Para los pacientes que SÍ beben alcohol

- Identifique el nivel de riesgo **Menor**, **Moderado** o **Mayor** usando el cuadro de riesgo específico por edad en la página 10.
- Use lo que ya sabe sobre su paciente y haga más preguntas según sea necesario.

Paso 3: Aconseje y ayude

Riesgo Menor

- Brinde consejos breves para dejar de beber.

Riesgo Moderado

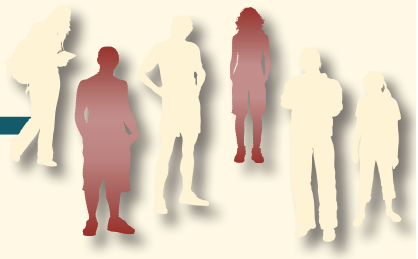
- Brinde consejos breves o, si hay problemas, haga entrevistas motivacionales breves.
- Haga arreglos para el seguimiento, preferiblemente dentro de un mes.

Riesgo Mayor

- Haga entrevistas motivacionales breves.
- Considere referir al paciente a un tratamiento.
- Haga arreglos para el seguimiento, preferiblemente dentro de un mes.

Paso 4: Durante el seguimiento, continúe el apoyo

- Pregunte sobre el consumo de alcohol y las consecuencias o los problemas relacionados.
- Revise las metas del paciente relacionadas con el alcohol y sus planes para lograrlas.
- Ofrezca apoyo y ánimo.
- Haga una entrevista psicosocial completa, si no lo hizo en la visita anterior.



Paso 1: Haga las dos preguntas de detección

Las investigaciones indican que las dos preguntas de detección específicas por edad (sobre el consumo de alcohol de los amigos y del paciente) son predictores eficaces de problemas actuales y futuros del consumo de alcohol entre los jóvenes. Incorpórelas en la práctica de su consultorio como le parezca más conveniente, ya sea agregándolas a una herramienta de evaluación previa a la consulta o entrelazándolas en su entrevista clínica. En cualquier caso, tome medidas para proteger la privacidad del paciente y, si es posible, haga la prueba de detección del consumo de alcohol en persona cuando esté solo con su paciente. Para información adicional relacionada con la confidencialidad, consulte la página 25.

Pautas para hacer las pruebas de detección: (1) Para los pacientes de primaria e intermedia, comience con la pregunta sobre los amigos, una herramienta menos amenazante para abordar discretamente el tema del consumo de alcohol. (2) Debido a que las transiciones a la escuela intermedia o secundaria aumentan el riesgo para los pacientes de 11 a 14 años, elija el conjunto de preguntas que esté de acuerdo con el nivel escolar del paciente, en lugar de la edad. (3) Excluya el uso de alcohol por razones religiosas.

Escuela primaria (entre 9 y 11 años)
*Haga primero la **pregunta sobre los amigos**.*

Amigos: ¿Beben algo?
"¿Tienes amigos que bebieron cerveza, vino o cualquier bebida alcohólica durante el ***año anterior***?"
CUALQUIER bebida por parte de los amigos aumenta la inquietud.

Paciente: ¿Bebes algo?
"¿Y tú? ¿Has bebido ***alguna vez*** más de unos sorbos de cerveza, vino o cualquier otra bebida alcohólica?"
Bebió ALGO: Riesgo Mayor

Escuela intermedia (entre 11 y 14 años)
*Haga primero la **pregunta sobre los amigos**.*

Amigos: ¿Beben algo?
"¿Tienes amigos que bebieron cerveza, vino o cualquier bebida alcohólica durante el ***año anterior***?"
CUALQUIER bebida por parte de los amigos aumenta la inquietud.

Paciente: ¿Cuántos días?
"¿Y tú? Durante el ***año anterior***, ¿**cuántos días** has bebido más de unos sorbos de cerveza, vino o cualquier otra bebida alcohólica?"
Bebió ALGO: Riesgo Moderado o Mayor
(consulte el cuadro en la página 10)

Escuela secundaria (entre 14 y 18 años)
*Haga primero la **pregunta sobre el paciente**.*

Paciente: ¿Cuántos días?
"Durante el ***año anterior***, ¿**cuantos días** has bebido más de unos sorbos de cerveza, vino o cualquier otra bebida alcohólica?"
Riesgo Menor, Moderado o Mayor
(consulte el cuadro en la página 10)

Amigos: ¿Cuánto?
"Si tus amigos beben, **¿cuántas bebidas** usualmente beben en una oportunidad?"
El consumo excesivo y peligroso de alcohol por parte de los amigos aumenta la inquietud.
(de 3 a 5 o más bebidas, consulte la página 15)

¿El paciente bebe?

No → **Vaya al Paso 2: Guíe al paciente**

Sí → **Vaya al Paso 2: Evalúe el riesgo**

Paso 2: Guíe al paciente

*Para los pacientes que **no beben** alcohol ...*

¿Los amigos beben?

No

Ni el paciente ni los amigos beben

- **Elogie su eleccción** de no beber y de tener amigos que no beben.

Sí

El paciente no bebe, pero los amigos sí

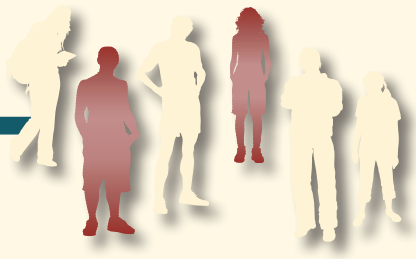
- **Elogie su elección** de no beber.
- **Trate de sondear un poco** usando un tono neutro: "Cuando tus amigos estaban bebiendo, tú no lo hiciste. Cuéntame un poco más sobre eso". Si el paciente admite haber bebido, vaya al Paso 2 para los Pacientes que sí beben. De lo contrario, continúe abajo.

- **Refuerce las elecciones saludables con elogios y ánimo.** *"Has tomado una decisión inteligente de no beber alcohol".*
- **Estimule y afirme las razones para mantenerse sin beber alcohol.** *"¿Qué te llevó a la decisión de no beber alcohol?".* Si los amigos beben, agregue *"... especialmente cuando tus amigos han elegido beber?".* Posible seguimiento: *"Esas son buenas razones y demuestran que realmente te preocupas por ti y tu futuro".*
- **Eduque.** Si su paciente está dispuesto a escucharlo, es posible que usted desee ayudarle a entender, por ejemplo, que (1) el alcohol puede afectar el desarrollo del cerebro, que continúa durante los 20 años y que (2) beber a una temprana edad aumenta el riesgo de problemas serios de consumo de alcohol más adelante.

- **Haga otra evaluación el próximo año** a más tardar.

- **Explore cómo su paciente planea mantenerse sin beber alcohol cuando sus amigos lo hacen.** Pregunte a los pacientes sus ideas sobre el manejo de situaciones en las que se puedan sentir presionados para beber. Puede hacerles saber que a menudo la mejor respuesta a una oferta de alcohol es un simple "No, gracias"; que, si lo presionan, una respuesta efectiva es "No quiero"; y que no tienen que dar una razón.
- **Aconseje no viajar en un automóvil con un conductor que ha estado bebiendo o usando otras drogas.**
- **Haga otra evaluación en la siguiente consulta.**

Fin de la evaluación para los que no beben



Paso 2: Evalúe el riesgo

*Para los pacientes que **sí** beben alcohol ...*

Para obtener un indicador amplio del nivel de riesgo de su paciente, comience con el siguiente cuadro, que proporciona cálculos empíricos con base en la población. Luego, tenga en cuenta lo que sabe sobre el consumo de alcohol de los amigos y otros factores de riesgo, haga más preguntas según sea necesario y aplique su criterio clínico para medir el nivel de riesgo.

Durante el *año anterior*, ¿cuántos días bebió su paciente?

Niveles de riesgo estimados por edad y frecuencia durante el año anterior

Vea en el cuadro donde se cruzan la edad y la frecuencia del consumo de su paciente. Si su paciente responde a la pregunta de detección con una frecuencia por mes o por semana, convierta la respuesta a días por año para ver dónde cae la bebida en el cuadro de riesgos. Por ejemplo, un joven de 15 años que dice que bebe dos veces al mes, o sea 24 días durante el año anterior, corre el "riesgo mayor" de sufrir consecuencias adversas. (Este cuadro también se encuentra en la Guía de bolsillo: consulte la página 19 para obtener consejos sobre cómo recordar los puntos de corte del nivel de riesgo.)

Tenga en cuenta los amigos:

- **Para estudiantes de la escuela primaria e intermedia.** El tener amigos que beben alcohol aumenta la inquietud. Debido a que entre más amigos que beben más el riesgo, pregunte cuántos amigos beben si el paciente no ofreció ese detalle al responder la pregunta de detección.
- **Para estudiantes de la escuela secundaria.** El tener amigos que beben alcohol en exceso aumenta la inquietud. Las investigaciones recientes estiman que los niveles del consumo excesivo y peligroso de alcohol para los jóvenes comienzan con tres a cinco bebidas, dependiendo de la edad y el sexo (consulte la página 15).

Incluya lo que ya sabe sobre el desarrollo físico y psicosocial del paciente en su evaluación de riesgo, junto con otros factores relevantes como el nivel de apoyo familiar, los hábitos del cigarrillo y del alcohol de los padres y hermanos, el desempeño escolar o los problemas con las autoridades.

Para pacientes con riesgo moderado y con riesgo mayor:

- **Pregunte sobre su patrón de consumo de alcohol.** *"¿Cuánto bebes usualmente? ¿Cuánto es lo que más has bebido en una determinada oportunidad?"*. Si el paciente dice haber bebido de forma excesiva y peligrosa (consulte la página 15), pregunte: *"¿Con qué frecuencia bebes esa cantidad?"*.
- **Pregunte sobre los problemas que ha tenido o los riesgos que ha tomado.** *"Algunas personas de tu edad que consumen alcohol tienen problemas en la escuela, como bajas calificaciones o ausencias de clases. Algunos hacen cosas y luego se arrepienten, como dañar cosas o robar, meterse en peleas, involucrarse sexualmente o conducir un automóvil cuándo ha estado bebiendo o ir como pasajero. Otros se lesionan, tienen lagunas mentales o se desmayan. ¿Qué cosas no tan buenas te han ocurrido cuándo bebes?"*.
- **Pregunte sobre el uso de otras sustancias** *("¿Durante el año anterior, has usado alguna otra sustancia para drogarte?")* **y considere usar otras herramientas formales para ayudar a medir el riesgo** (consulte la página 33). La mayoría de sus pacientes de riesgo menor no habrán usado drogas ilícitas (NIAAA, 2011), pero pregúnteles también sobre el uso durante el año anterior, si le queda tiempo.

Después de la evaluación de riesgo ...

Vaya al Paso 3

Paso 3: Aconseje y ayude

*Para los pacientes que **sí** beben...*

En este paso, realice una breve intervención para sus pacientes que beben, según los niveles de riesgo identificados durante el Paso 2. Consulte el apéndice para obtener información adicional sobre la confidencialidad (página 25) y las entrevistas motivacionales breves (página 29).

Riesgo Menor

- **Proporcione una consejería breve.** *"Te recomiendo que dejes de beber, y ahora es el mejor momento. Tu cerebro aún se está desarrollando, y el alcohol puede afectarlo. El alcohol también te puede impedir tomar buenas decisiones y puede hacer que hagas cosas que más tarde te arrepentirás. No me gustaría ver que el alcohol interfiera con tu futuro".*
- **Note lo bueno.** Refuerce las fortalezas y decisiones saludables.
- **Explore y busque soluciones para el problema** de la posible influencia de amigos que beben algo o beben en exceso.

Riesgo Moderado

- **¿Tiene el paciente problemas relacionados con el consumo de alcohol?**
  - **Si la respuesta es negativa, brinde consejería breve pero reforzada.** Comience con la consejería breve para los pacientes de riesgo menor (a la izquierda) y agregue su inquietud acerca de la frecuencia del consumo de alcohol.
  - **Si la respuesta es positiva, realice una entrevista motivacional breve** para obtener una decisión y compromiso de cambio (consulte la página 29).
- **Pregunte si los padres saben.** Consulte las sugerencias para pacientes con riesgo mayor (a la derecha).
- **Programe una consulta de seguimiento**, preferiblemente dentro de un mes.

Riesgo Mayor

- **Realice una entrevista motivacion breve** para obtener una decisión y compromiso de cambio, ya sea que lo vaya a referir a otro profesional o no (consulte la página 29).
- **Pregunte si los padres saben.** En caso afirmativo, pida permiso al paciente para compartir las recomendaciones con ellos. En caso negativo, tenga en cuenta la edad del paciente, la gravedad del riesgo y otras circunstancias, y considere romper la confidencialidad para involucrar a los padres en el seguimiento.
- **Considere remitir al paciente para evaluación o tratamiento adicional** según su estimación de la gravedad (consulte la página 23).
- **Programe un seguimiento** dentro de un mes.

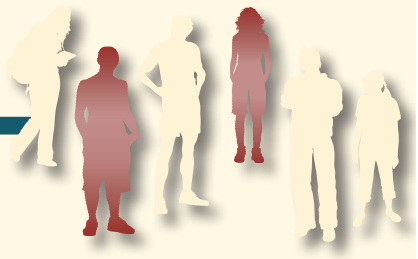
Para todos los pacientes que beben

- **Determinen juntos una meta personal y un plan de acción** para su paciente. Consulte la página 31 para ver ejemplos de planes de abstinencia, reducción y contingencia. Para algunos pacientes, la meta será aceptar que lo remitan a un tratamiento especializado.
- **Recomiende a su paciente que no beba y conduzca, ni viaje en un automóvil con un conductor embriagado.**
- **Planifique una entrevista psicosocial completa** para la próxima visita si es necesario.

Si observa signos de grave peligro, como beber y conducir, niveles altos del consumo de alcohol en cada ocasión o consumo de alcohol con otras drogas, tome medidas inmediatas para garantizar su seguridad (consulte la página 21).

Después de la intervención ...

Vaya al Paso 4



Paso 4: Durante el seguimiento, continúe su apoyo

*Para los pacientes que **sí** bebieron ...*

Puede ser poco común que los pacientes regresen para un seguimiento específico del alcohol. Aún así, cuando los pacientes con que ha llevado a cabo una intervención por alcohol vuelven, independientemente del motivo, tendrá la oportunidad de fortalecer los efectos de la consulta anterior. Comience por preguntar sobre el uso actual de alcohol y cualquier problema relevante. Luego, revise las metas del paciente y evalúe si pudo cumplirlas y mantenerlas.

¿Pudo el paciente cumplir y mantener su(s) meta(s)?

No

El paciente *no pudo* cumplir y mantener su(s) meta(s):

- **Reevalúe** el nivel de riesgo (consulte el Paso 2 para los que consumen alcohol).
- **Reconozca** que el cambio es difícil, que es normal no tener éxito en el primer intento y que lograr una meta es un proceso de aprendizaje.
- **Note lo bueno:**
  - **elogiando** la honestidad y esfuerzos.
  - **reafirmando** las fortaleza.
  - **apoyando** cualquier cambio positivo.
- **Relacione el consumo de alcohol con las consecuencias o problemas asociados** para intensificar la motivación.
- **Identifique y aborde los retos y las oportunidades** para lograr las metas.
- Si todavía no están en curso las siguientes medidas, **considere:**
  - **involucrar** a los padres.
  - **referir** al paciente para una evaluación adicional.
- **Reafirme** la importancia de las metas y el plan y **acuerde** pasos específicos, según sea necesario.
- **Realice, complete o actualice** la entrevista psicosocial integral.

Sí

El paciente *sí pudo* cumplir y mantener su(s) meta(s):

- **Refuerce y apoye** el cumplimiento continuo de las recomendaciones.
- **Note lo bueno.** Elogie el progreso y refuerce las fortalezas y las decisiones saludables.
- **Suscite metas futuras** para construir sobre las anteriores.
- **Realice, complete o actualice** la entrevista psicosocial integral.
- **Vuelva a hacer la prueba de detección** por lo menos una vez al año.

Apéndice

Preguntas frecuentes

Sobre los patrones del consumo de alcohol entre menores de edad....14

Sobre la detección del consumo de alcohol....16

Sobre cómo guiar a los pacientes que no beben y a sus padres....18

Sobre la evaluación del riesgo....19

Sobre la intervención....22

Sobre los procedimientos del consultorio....24

Materiales clínicos de apoyo

Confidencialidad de la atención....25

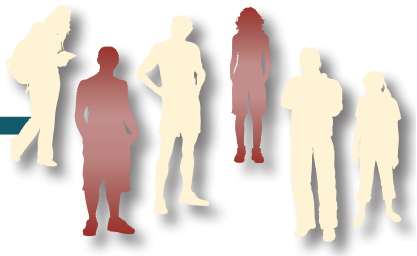
Entrevistas motivacionales breves....29

Recursos adicionales de trabajo....33

Recursos para las remisiones....35

Referencias....36

Recursos adicionales....39



Preguntas frecuentes

Sobre los patrones del consumo de alcohol entre menores de edad

¿A qué edad comienzan a beber los niños?

La edad promedio del primer trago es aproximadamente 14 años, según las encuestas nacionales entre jóvenes de 12 a 20 años de edad (Chen et al., 2011). Mientras más podamos ayudar a los niños a retrasar el comienzo del consumo de alcohol, mejor, porque entre más jóvenes empiecen, mayor la probabilidad de dependencia del alcohol más adelante (Hingson et al., 2006; Grant & Dawson, 1997).

¿Difieren los niños y las niñas en los patrones del consumo de alcohol?

Hasta aproximadamente el 10º grado, el porcentaje de niños y niñas que beben es más o menos igual. Sin embargo, ya en el 12° grado, los niños superan a las niñas, no solo en términos de uso, sino también en el consumo excesivo y peligroso de alcohol y en borracheras durante el mes anterior (Johnston et al., 2010).

¿Cuántos niños en mi práctica probablemente muestren resultados positivos para el consumo de alcohol durante el año anterior?

A medida que sus pacientes crecen, es probable que usted observe un aumento dramático en el número de jóvenes que beben. Aunque habrá variaciones regionales y locales, las encuestas nacionales muestran que durante la adolescencia, podemos esperar un aumento de diez veces en el consumo de alcohol *en cualquier año anterior* (la medida que se correlaciona con las preguntas de detección en esta Guía; NIAAA, 2011):

Consumo de alcohol durante el año anterior

1 de cada 15 jóvenes de 12 años

1 de cada 4 jóvenes de 14 años

1 de cada 2 jóvenes de 16 años

2 de cada 3 jóvenes de 18 años

dicen haber bebido más de uno o dos sorbos

¿Cuánto beben los niños?

A medida que los niños crecen, más beben y en mayor cantidad. De hecho, usted podrá notar que el consumo excesivo y peligroso de alcohol es bastante común entre sus pacientes. Los cálculos nacionales actualmente definen el consumo excesivo y peligroso de alcohol entre los jóvenes como cinco o más tragos por oportunidad, así como entre los hombres adultos. Según esa definición, entre los jóvenes que beben, aproximadamente la mitad entre los de 12 y 15 años y dos de cada tres jóvenes entre los 16 y 20 años bebieron en exceso durante los 30 días anteriores (SAMHSA, 2010). Pero es probable que este cálculo esté subestimado porque la definición del consumo excesivo y peligroso de alcohol para la mayoría de los jóvenes debería ser menor que para los hombres adultos (vea la siguiente pregunta).

La mitad de los jóvenes entre 12 y 15 años **que dicen que beben**

Dos de cada tres jóvenes entre 16 y 20 años **que dicen que beben**

reportaron haber bebido por lo menos cinco o más tragos en una oportunidad durante los 30 días anteriores

¿Cuál es la medida de consumo en exceso para los "niños" o los "adolescentes"?

En comparación con los adultos, es probable que los niños y los adolescentes tengan concentraciones más altas de alcohol en la sangre después de beber cantidades similares de alcohol. Debido a que éticamente no podemos realizar estudios clínicos sobre el consumo de alcohol entre los jóvenes, nos basamos en cálculos derivados matemáticamente de las concentraciones de alcohol en la sangre entre los jóvenes. Extrapolando lo que se conoce sobre el metabolismo del alcohol en los adultos, un estudio reciente explicó las diferencias entre los adultos y los niños en la composición corporal y la eliminación del alcohol para estimar las concentraciones de alcohol en la sangre y los niveles del consumo en exceso de alcohol entre los jóvenes. El estudio concluyó que el consumo excesivo y peligroso de alcohol entre los jóvenes debe definirse de la siguiente manera (Donovan, 2009):

Niveles estimados del consumo excesivo y peligroso de alcohol

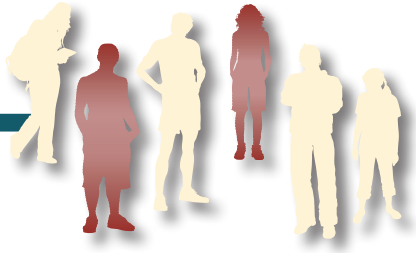
Niños		Niñas	
entre 9 y 13 años	3 bebidas		
entre 14 y 15 años	4 bebidas	**entre 9 y 17** años	3 bebidas
16+ años	5 bebidas		

(Consulte también las preguntas frecuentes en la página 20 sobre cómo calcular la cantidad de alcohol que bebe su paciente.)

¿Qué tipo de alcohol están consumiendo los niños estos días?

Todo tipo: cerveza, licor de malta, licor, vino y "bebidas alcohólicas con sabor". Generalmente, las bebidas alcohólicas con sabor, con similar porcentaje de alcohol que la cerveza, incluyen bebidas a base de vino y bebidas azucaradas a base de malta que a menudo derivan su contenido de alcohol de bebidas destiladas. Aunque aún no tenemos un estudio exhaustivo a nivel nacional sobre las opciones de bebidas entre los jóvenes, algunos estudios limitados muestran que las bebidas destiladas están ganando o superando en popularidad a la cerveza y a las bebidas alcohólicas con sabor entre los jóvenes y que el vino es menos preferido (Siegel et al., 2011; Johnston et al., 2010; CDC, 2007).

Los jóvenes también están bebiendo alcohol mezclado con cafeína, ya sea en bebidas premezcladas o agregando licor a las bebidas energizantes. Con esta combinación peligrosa, los bebedores pueden sentirse un poco menos ebrios que si hubieran bebido solo alcohol, pero su coordinación motora y los reflejos visuales están igual de impedidos (Ferreira et al., 2006). Es más probable que beban en exceso, que se lastimen o se aprovechen de ellos sexualmente y que vayan de pasajeros con un conductor intoxicado (O'Brien et al., 2008).



Sobre la detección del consumo de alcohol

¿Cuán eficaces son estas preguntas de detección?

Las nuevas preguntas de detección se derivaron empíricamente de análisis de datos de (1) un período de 8 años (de 2000 a 2007) de una encuesta representativa a nivel nacional, que incluyó a más de 166,000 jóvenes entre 12 y 18 años (Chung et al., 2012) y de (2) múltiples estudios longitudinales que recopilaron información sobre los jóvenes a medida que crecían (Brown et al., 2010). Aunque las dos preguntas recomendadas aún no se han probado clínicamente, los análisis indican que son predictores muy efectivos de los resultados adversos del consumo de alcohol, tanto actuales como futuros. Además, las preguntas son coherentes con la atención estándar aceptada en la que se consulta a los jóvenes sobre las actividades de los amigos y las opciones personales de salud. (Consulte también "¿Cuál es la base para calcular el nivel de riesgo?" en la página 19.)

¿Son eficaces las pruebas de detección del consumo de alcohol y las breves intervenciones para los jóvenes?

Hay evidencia clara de que las intervenciones breves son eficaces para los adultos. De hecho, en 2004, el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de Estados Unidos (*U.S. Preventive Services Task Force*) "recomendó las intervenciones de detección y consejería conductual para reducir el consumo indebido de alcohol entre los adultos" (USPSTF, 2004). En ese momento, la evidencia era inconclusa sobre la eficacia de las intervenciones breves para el consumo de alcohol entre los adolescentes.

Sin embargo, desde entonces, se han acumulado pruebas sobre la eficacia de las intervenciones breves para los adolescentes (Jensen et al., 2011; Tripodi et al., 2010; Walton et al., 2010). Además, la Academia Americana de Pediatría en su declaración política "El abuso del alcohol entre los jóvenes y adolescentes: una preocupación pediátrica" ("*Alcohol Use by Youth and Adolescents: A Pediatric Concern*") recomienda que los médicos que trabajan con niños y adolescentes evalúen regularmente el consumo actual de alcohol y utilicen técnicas de intervención breve durante las visitas al consultorio (AAP, 2010). (Consulte también "Entrevistas motivacionales breves", página 29).

¿Por qué preguntamos sobre el consumo de alcohol durante el año anterior en lugar del consumo de alcohol durante el mes anterior, si sabemos que los niños tienen mala memoria?

Todas las consultas sobre el consumo de alcohol en el pasado son falibles de una manera u otra. Aun así, las respuestas a estas pueden brindarnos información útil sobre cómo están bebiendo los niños y los adolescentes. Aunque los datos relacionados con el consumo de alcohol en el mes anterior pueden ser más precisos, los datos sobre el consumo durante el año anterior ayudan a identificar a más jóvenes que beben, ya que el consumo de alcohol entre los jóvenes suele ser esporádico. Cuando se les pregunta si han consumido alcohol durante el mes anterior, es posible que muchos jóvenes contesten "no" a pesar de haber consumido alcohol en otro momento durante el año. Además, las investigaciones demuestran que las respuestas sobre el consumo de alcohol durante el año anterior predicen los problemas relacionados con el alcohol (Chung et al., 2012). Les preguntamos a los niños sobre su consumo de alcohol durante el año anterior, no porque sabemos que sus respuestas son completamente precisas, sino porque sus respuestas pueden ayudarnos a predecir los síntomas y los problemas.

Si pregunto a mis pacientes cuántas veces consumieron alcohol durante el año anterior, ¿podría esto darles la impresión de que asumo que beben?

Usted puede acomodar las preguntas de detección de esta Guía en entrevistas clínicas con sus pacientes como mejor le parezca. Si le preocupa que los niños piensen que consumir alcohol es normal si usted empieza con una pregunta acerca de su frecuencia del consumo de alcohol, entonces podría empezar con algo como "Durante el año anterior, ¿has bebido más de unos pocos sorbos de cerveza, vino o cualquier otra bebida alcohólica?". Para aquellos que responden afirmativamente, puede preguntarles, "¿Aproximadamente, cuántos días consumiste alcohol?". Es posible que con una pregunta de predetección, corra el riesgo de obtener un "no" falso y detener la evaluación. Use su sentido de la probabilidad de que el paciente esté involucrado con el alcohol y su juicio profesional para decidir cuándo hacer una predetección. De cualquier manera, si elogia una respuesta de "no", los pacientes recibirán el mensaje de que a usted no le parece aceptable que consuman alcohol a esa edad.

¿Qué puedo hacer para animar a mis pacientes a dar respuestas honestas y precisas cuando hago las preguntas de detección?

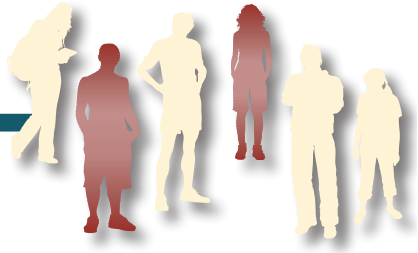
Establecer una buena relación con los pacientes es más un arte que una ciencia. A continuación, se incluyen sugerencias sobre cómo fomentar respuestas precisas y promover relaciones productivas y de confianza:

- **Deje tiempo para estar a solas con el paciente.** Deje suficiente tiempo durante la consulta para que los padres salgan de la sala y usted pueda estar a solas con su paciente para debatir asuntos potencialmente delicados, como el alcohol.
- **Explique su política de confidencialidad.** Asegúrese que su paciente comprenda que a menos que él o ella esté en peligro, la conversación permanecerá entre ustedes dos. Puede abordar su política de confidencialidad con los padres e hijos a la vez; ambos deben estar familiarizados con ella.
- **Póngase de su lado.** Explique a sus pacientes que no los está incriminando, sino que usted les habla a todos sus pacientes adolescentes sobre el consumo de alcohol y otros riesgos para la salud. Su objetivo es mantener a todos sus pacientes sanos y ofrecer buenos consejos médicos, no a meterlos en problemas.

¿Cómo doy prioridad a la detección del alcohol en relación con otros comportamientos riesgosos como las relaciones sexuales sin protección, fumar y el uso de otras drogas?

El consumo de alcohol es un punto excelente para comenzar a evaluar los comportamientos riesgosos para la salud por dos razones importantes. Primero, hablar con sus pacientes sobre el consumo de alcohol podría salvar vidas. El consumo de alcohol está relacionado con las tres principales causas de muerte entre los adolescentes, la primera siendo el lastimarse involuntariamente, generalmente debido a accidentes automovilísticos; seguida de homicidio y suicidio (CDC, 2008).

Segundo, comenzar con preguntas sobre el consumo de alcohol puede ayudarle a determinar si hacer preguntas sobre otros comportamientos riesgosos debe ser prioridad. El alcohol es la droga utilizada por el mayor número de adolescentes (Johnston et al., 2010), y para muchos jóvenes, también es la primera sustancia que prueban. Es poco probable que los jóvenes que no consumen alcohol usen otras sustancias, mientras que los jóvenes que están muy involucrados en el consumo de alcohol corren un mayor riesgo de consumir otras sustancias y de participar en comportamientos riesgosos (NIAAA, 2011; Biglan et al., 2004).



¿Por qué debería tomarme el tiempo de evaluar a los niños que estoy casi seguro de que no están consumiendo alcohol?

Al hablar sobre el alcohol con todos sus pacientes, les demuestra que usted se interesa por su salud y se preocupa por los riesgos. Es posible que usted se sorprenda al descubrir cuán común es el consumo de alcohol entre los adolescentes. A pesar de sus instintos, encontrará que hasta los "muchachos buenos" beben y que su consumo de alcohol puede causarles problemas. Abordar el tema del consumo de alcohol con cada adolescente que entra a su consultorio ayuda a garantizar que nadie quede excluido.

Para los niños que no consumen alcohol, esta conversación le ofrece la oportunidad de elogiar y animar las decisiones inteligentes y saludables que están tomando. Sabemos que la reafirmación positiva funciona y esta es una gran oportunidad para usarla. Además, las investigaciones indican que los jóvenes tienen más percepciones positivas de los proveedores de atención médica que plantean temas delicados como el consumo de sustancias, lo que sugiere que los jóvenes tal vez esperen este tratamiento estándar (Brown & Wissow, 2009).

Sobre cómo guiar a los pacientes que no beben y a sus padres

Para los pacientes más jóvenes que no han empezado a beber, ¿qué orientación anticipada debo proporcionarles a ellos y a sus padres?

Para los pacientes que no están bebiendo. Asegúrese de elogiarlos por tomar la decisión de no consumir alcohol. Recomiéndeles que participen en actividades que desarrollen sus fortalezas, elijan amigos que también toman buenas decisiones y eviten las situaciones donde el alcohol u otras drogas están fácilmente disponibles.

Para los padres. Algunos padres pueden pensar que si permiten que sus hijos beban con ellos en la casa, les ayudará a protegerlos de problemas relacionados con el consumo de alcohol más adelante. Puede decirles que la mayoría de los estudios indican que este no es el caso (McMorris et al., 2011; NIAAA, 2010) y que un ambiente de hogar permisivo puede aumentar la probabilidad de problemas del consumo de alcohol entre los adolescentes. Las investigaciones sugieren que los padres que no quieren que sus hijos beban alcohol tienen una influencia importante sobre las decisiones de sus hijos relacionadas con el alcohol, incluso durante los años de la escuela secundaria y la transición a la universidad (Abar et al., 2009; Walls et al., 2009; Wood et al., 2004). Sugiera a los padres que establezcan expectativas claras, como establecer una regla de no consumo de alcohol entre menores de edad, con consecuencias igualmente claras y coherentes. Ofrezca recursos para aprender sobre el consumo de alcohol entre menores de edad (consulte la página 39), y anime a los padres a conversar con sus hijos sobre las realidades y las consecuencias. Recuérdeles que pueden encontrar muchos "momentos de enseñanza" sobre los riesgos del consumo de alcohol en los medios noticiosos y de entretenimiento. (Consulte la página 22 para manejar una situación en la cual los padres mismos tienen problemas del consumo de alcohol.)

¿Qué materiales educativos o sitios web para padres puedo sugerir a las familias?

Consulte los recursos adicionales al final de esta Guía en la página 39.

Sobre la evaluación del riesgo

¿Cuál es la base para calcular el nivel de riesgo?

Los cálculos para el nivel de riesgo en esta Guía y la pregunta sobre la frecuencia del consumo de alcohol provienen de análisis de datos de encuestas nacionales con más de 166,000 jóvenes entre 12 y 18 años de edad (Chung et al., 2012). Los investigadores buscaron conexiones entre las variables del patrón de consumo de alcohol y los síntomas concurrentes de un trastorno por consumo de alcohol (AUD, por sus siglas en inglés), ya sea el abuso o la dependencia del alcohol, tal como se define en el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition* (*Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales, cuarta edición*), publicado por la American Psychiatric Association (*Asociación Americana de Psiquiatría*).

Constantemente, encontraron que el número de días de consumo de alcohol durante el año anterior predijo con mayor precisión los síntomas de un trastorno por consumo de alcohol que la cantidad de alcohol consumida o la frecuencia del consumo excesivo y peligroso del mismo. Es importante tener en cuenta que sus pacientes no tienen que ser muy precisos al estimar su consumo de alcohol porque la frecuencia *reportada* predice la presencia de síntomas de AUD.

Entre mis pacientes *que beben*, ¿qué proporción estará en las categorías de riesgo "menor", "moderado" y "mayor"?

Los datos nacionales muestran una visión general, que varía un poco según la región. Entre los 12 y 15 años, cualquier consumo de alcohol se considera al menos de "moderado" riesgo, y la mitad de los bebedores en este grupo de edad beben con la frecuencia suficiente como para estar en la categoría de "mayor riesgo". Entre los 16 y 18 años, cerca de una tercera parte de los bebedores corren un riesgo "menor", una quinta parte un riesgo "moderado" y casi la mitad corren un riesgo "mayor" (NIAAA, 2011).

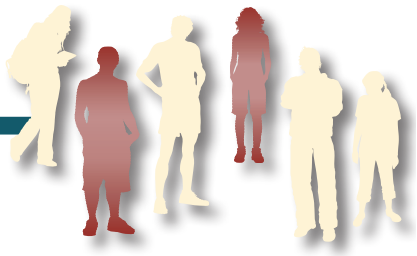
Distribución aproximada de *jóvenes bebedores* por niveles de riesgo
Menor, Moderado y Mayor

¿Cómo puedo recordar los puntos de corte para los diferentes niveles de riesgo?

Cuando comience, puede usar la Guía de bolsillo adjunta, que contiene el cuadro de estimación de riesgo. Con el tiempo, tendrá una idea de los puntos de corte de riesgo para las diferentes edades y los niveles de intervención correlacionados. Para facilitar ese proceso, quizás debe centrarse primero en los puntos de corte de "mayor riesgo", que identifican a los niños que necesitan la mayor atención y posiblemente una remisión.

El Riesgo Mayor de consumo de alcohol durante el año anterior *empieza*:

a los 11 años:	**1** día
entre 12 y 15 años:	**6** días (aproximadamente mes de por medio)
a los 16 años:	**12** días (aproximadamente una vez al mes)
a los 17 años:	**24** días (aproximadamente dos veces al mes)
a los 18 años:	**52** días (aproximadamente una vez a la semana)



Una vez que se familiarice, puede completar la imagen con los puntos de corte para el "riesgo moderado":

El Riesgo Moderado de consumo de alcohol durante el año anterior *empieza*:

entre 12 y 15 años:	**1**	día
entre 16 y 17 años:	**6**	días (aproximadamente mes de por medio)
a los 18 años:	**12**	días (aproximadamente una vez al mes)

Recuerde, estos niveles de riesgo y puntos de corte no son absolutos sino indicadores que lo ayudan a medir el alcance de su respuesta profesional.

Como parte de la evaluación de riesgo, ¿cómo podemos, mi paciente y yo, estimar las cantidades de alcohol?

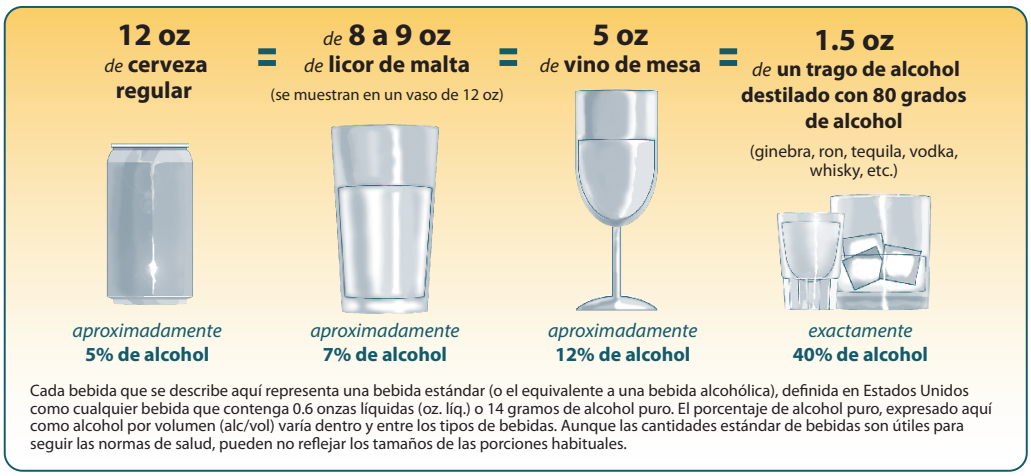
Eso puede ser un reto. Algunas opciones de consumir alcohol de los jóvenes son más fáciles de cuantificar (tragos cortos, o *shots*; latas; botellas y cerveza de barril servida en vasos de plástico de 16 onzas), mientras que otras son ingeniosas, diseñadas para velocidad y más difíciles de medir (como *shots* de gelatina y beber cerveza en pipas conocidas como *beer bongs*).

Afortunadamente, con esta Guía, usted no necesita cálculos precisos para medir el riesgo de su paciente, porque el número de días de consumo durante el año anterior es en sí una poderosa prueba diagnóstica. Aún así, para los bebedores de riesgo moderado y mayor, usted querrá preguntar acerca de la cantidad de alcohol que consumen para completar su evaluación de riesgo.

Como referencia, las siguientes tablas brindan información sobre los tamaños de "bebida estándar" y el número aproximado de estas en envases comunes para bebidas con diferentes cantidades de alcohol por volumen (alc/vol). (Para más información, visite www.RethinkingDrinking.niaaa.nih.gov [en inglés]).

¿Qué cuenta como una bebida "estándar"?

En Estados Unidos, una bebida 'estándar' es cualquier bebida que contenga aproximadamente 0.6 onzas fluidas o 14 gramos de alcohol puro. Aunque los ejemplos a continuación son de diferentes tamaños, cada uno contiene aproximadamente la misma cantidad de alcohol y cuenta como una bebida "estándar".



Cada bebida que se describe aquí representa una bebida estándar (o el equivalente a una bebida alcohólica), definida en Estados Unidos como cualquier bebida que contenga 0.6 onzas líquidas (oz. líq.) o 14 gramos de alcohol puro. El porcentaje de alcohol puro, expresado aquí como alcohol por volumen (alc/vol) varía dentro y entre los tipos de bebidas. Aunque las cantidades estándar de bebidas son útiles para seguir las normas de salud, pueden no reflejar los tamaños de las porciones habituales.

¿Cuántas bebidas "estándar" hay en los envases comunes?

A continuación, se muestra la cantidad aproximada de bebidas "estándar" según el tamaño de los envases:

cerveza regular	licor de malta	vino de mesa	alcoholes destilados con 80 grados de alcohol
12 fl oz = **1**	12 fl oz = **1.5**	vaso de 5 fl oz = **1**	un trago corto *(1.5 oz)* = **1**
16 fl oz = **1.3**	16 fl oz = **2**	25 fl oz = **5** *(una botella regular de 750 ml)*	750 ml *(un "quinto")* = **17**
40 fl oz = **3.3**	40 fl oz = **4.5**		1.75 L *(una "manilla")* = **39**

Estos ejemplos son un punto de partida para la comparación. El contenido de alcohol puede variar mucho según los diferentes tipos de cerveza, licor de malta y vino. Las "bebidas alcohólicas con sabor" o "paletas con alcohol" tienen un rango particularmente amplio, desde un 5% hasta un 12% de alc/vol. Para otras bebidas, las diferencias pueden ser menores de lo que podría esperar. Las cervezas bajas en calorías (*light*) más populares, por ejemplo, tienen casi tanto alcohol como la cerveza normal.

¿Qué quiere decir con "incorporar lo que conozco" sobre mi paciente y su familia en mi evaluación de riesgo e intervención?

Su conocimiento de los factores familiares como estos aumentaría la preocupación sobre el grado de riesgo:

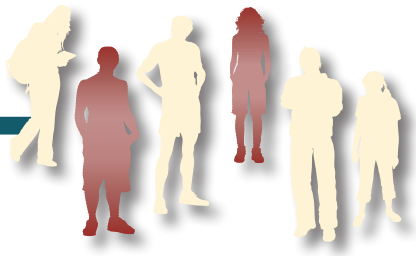
- Antecedentes de problemas del consumo de alcohol de los padres o hermanos
- Divorcio u otra transición desafiante
- Baja participación de los padres en la vida de los niños
- Niños que tienen demasiado tiempo sin supervisión o dicen que están "aburridos"

Además, los detalles que tal vez ya conoce sobre las fortalezas, intereses y condiciones de salud de su paciente pueden ayudar a personalizar y fortalecer sus mensajes de intervención. Por ejemplo:

- Los atletas o becarios que consumen alcohol podrían comprometer su desempeño en los deportes o el mundo académico y, en las escuelas con políticas de tolerancia cero, podrían ser expulsados de los equipos o clubes si se les encuentra bebiendo, aunque sea una vez.
- Los niños con enfermedades crónicas como diabetes, ansiedad o depresión pueden complicar el manejo de sus afecciones por consumir alcohol.

¿Cuáles son las "señales de grave peligro", comportamientos tan potencialmente peligrosos que requieren una inmediata intervención de "riesgo mayor"?

El signo de peligro más común y potencialmente mortal es beber y conducir. A menos que un paciente que bebe y conduzca se comprometa a parar, se justifica una intervención inmediata. Esto puede incluir informar a los padres del paciente, recomendarles que le quiten las llaves del auto y los privilegios de conducir, y remitir al paciente a tratamiento.



Además de beber y conducir, otros signos de grave peligro que requieren una intervención de "riesgo mayor" y probablemente una remisión incluyen:

- Alto volumen de consumo que es potencialmente mortal
- Combinar alcohol con otras drogas, especialmente sedantes
- Visitas al hospital o heridas relacionadas con el uso de sustancias; sobredosis del alcohol
- Actividad sexual no planificada o desprotegida asociada con el consumo de alcohol
- Signos de adicción al alcohol; consumo diario o casi diario de alcohol; lagunas
- Uso de drogas intravenosas

Sobre la intervención

Consulte también el resumen de "Entrevistas motivacionales breves" en la página 29.

¿Qué debo hacer si mi paciente dice: "No voy a parar"?

Hay varias maneras de manejar una respuesta negativa.

Para los niños que parecen tener un riesgo relativamente bajo, puede pedir autorización para ofrecerles asesoría breve y, si aceptan, dársela y preguntarles qué piensan al respecto. Por ejemplo, podría decir: *"Por último, tú tomas la decisión, pero te aconsejo que no consumas alcohol en absoluto. Tú eres un buen [estudiante, atleta, hermano, amigo]; no me gustaría ver que el alcohol se interponga en tu futuro y en las cosas que te importan. ¿Qué piensas?"*. Para aquellos que rechazan la asesoría, sugiérales que piensen un poco más en esta conversación.

Para los niños que corren un riesgo moderado o mayor, la entrevista motivacional podría ser útil. Por ejemplo, podría decir: *"Entiendo que recientemente tuviste una laguna por beber demasiado y tus padres se enojaron mucho. Tú aceptas que bebiste demasiado esa noche y que eso fue peligroso y un poco miedoso. ¿Cómo quieres proceder?"*. Considere programar una consulta de seguimiento, ya que solo una sesión adicional de la entrevista motivacional puede hacer la diferencia. En algunos casos, es posible que tenga que romper la confidencialidad e informar a los padres del paciente. En otros, puede sugerir una remisión a un consejero.

Si es necesario, ¿qué debo hacer diferente si sé que uno o ambos padres de mi paciente tienen problemas relacionados con el alcohol?

Aunque es una minoría, los jóvenes en su práctica cuyos padres tienen un trastorno por consumo de alcohol se encuentran entre los que corren un riesgo mayor. La forma como decida abordar este problema dependerá de su evaluación del alcance de los problemas paternos. Si tiene la sensación de que uno de los padres sería un aliado, sería apropiado y recomendable remitir a ese padre a un experto para que lo ayude a tratar los problemas de alcohol en la familia.

Sin embargo, si ambos padres parecen ser grandes bebedores o dependientes del alcohol, su preocupación puede expresarse mejor de forma genérica. Como ejemplo: *"Justin está en una edad en la que todos los padres deben preocuparse por el consumo de alcohol de sus hijos. Por lo general, los niños a esta edad ni siquiera se dan cuenta cuando se encuentran en una situación peligrosa. Por supuesto, cuánto beben sus amigos suele ser una gran influencia. Sin embargo, muchas personas no son conscientes de que la cantidad de alcohol que consumen los miembros de la familia y que la fácil disponibilidad de alcohol*

en el hogar puede dificultar que su hijo sepa cómo manejarlo cuando ocurren situaciones de consumo riesgosas. Por esta razón, pido a las familias que estén abiertas a la posibilidad de que el consejo de un experto pueda ser útil para mantener seguros a sus hijos. Tenemos algunos buenos recursos disponibles. ¿Puedo hacer esa conexión por usted? ¿Qué opina de una remisión?".

En estas circunstancias, incluso si se rechaza la oferta de ayuda, es importante que los proveedores de atención médica expresen su preocupación en cada consulta, con un enfoque tanto en los comportamientos riesgosos como en las vulnerabilidades específicas de la etapa de desarrollo del niño.

¿Debo recomendar algún tratamiento especial en particular para los pacientes que necesitan ser remitidos?

Cuando se trata de opciones de tratamiento para el consumo del alcohol, no todas sirven igual para todas las personas. Afortunadamente, hay disponible una variedad de opciones de tratamiento eficaces. Un metaanálisis reciente descubrió que varios tipos de tratamiento para el abuso de sustancias pueden reducir el abuso de alcohol entre los adolescentes (Tripodi, 2010), incluidas las intervenciones basadas en la familia y las que solo se realizan en forma individual. A diferencia de los metaanálisis previos, en general este estudio encontró mayores efectos en las intervenciones individuales que en las basadas en la familia. Cualquiera puede ser eficaz; de manera que los autores advierten contra la recomendación inequívoca de la terapia individual sobre la familiar en este punto.

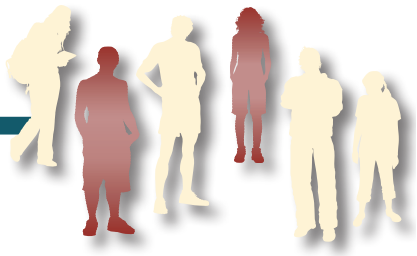
Es de destacar que el análisis encontró que tres de las terapias con grandes efectos incluyeron las intervenciones breves. Entre los tratamientos a más largo plazo con efectos más grandes se encontraban la terapia cognitivo-conductual integrada con un enfoque de 12 pasos, la terapia cognitivo-conductual con cuidado posterior y la terapia familiar multidimensional. También se encontraron eficaces, con efectos medianos, la terapia familiar y cognitivo-conductual integral, el tratamiento conductual y el aprendizaje social de modalidad triple.

Para sugerencias sobre cómo encontrar especialistas y programas para tratar el abuso de sustancias para adolescentes en su área, consulte Recursos para las remisiones, página 35. Es una buena idea familiarizarse con los recursos y los profesionales locales para que pueda hacer recomendaciones sólidas y seguras, y para proporcionar una continuidad en la atención.

¿Cómo puedo ayudar a un paciente que lucha por mantenerse abstinente o tiene recaídas?

Cambiar el comportamiento de beber es un reto, especialmente para los pacientes que son dependientes del alcohol. Aunque haya remitido a pacientes dependientes del alcohol a un tratamiento especializado, por seguro los seguirá viendo en otras consultas. Si descubre que un paciente ha recaído, reconozca que es posible que haya desarrollado un trastorno crónico que requiera atención continua, como es el caso con el asma o la diabetes. El principio más importante es mantenerse comprometido con el paciente y mantener el optimismo sobre una eventual mejoría. Además:

- Si el paciente se opuso a la remisión inicial, busque otra opción apropiada y aceptable.
- Evalúe y aborde los posibles factores desencadenantes de la lucha o la recaída, incluidos los eventos estresantes, conflictos interpersonales, insomnio, dolor crónico o situaciones de mucha tentación.
- Aborde la depresión, los trastornos de ansiedad o los problemas de comportamiento, refiriéndolos a tratamiento especializado si es necesario.
- Señale cualquier progreso mientras toma nota de la dificultad y el carácter multifásico para lograr un cambio (Consulte el Paso 4, página 12).



Dependiendo de la situación familiar, también puede animar a los miembros de la familia a participar en grupos de apoyo mutuo como Al-Anon. Siga colaborando con la familia y con cualquier proveedor de tratamiento a medida que continúa el proceso de recuperación.

Sobre los procedimientos del consultorio

¿Cómo se puede implementar un sistema de evaluación en la clínica o el consultorio?

Una opción es permitir que los pacientes completen un cuestionario impreso o electrónico, de manera privada, bien sea en la sala de espera o antes de la consulta. Otra opción es que el proveedor de atención médica, preferiblemente uno que conozca bien al paciente, haga las preguntas durante las consultas. Como tercera opción es que otro asistente clínico evalúe a los pacientes durante el registro. Si es un asistente clínico el que hace la prueba de detección y no el proveedor de atención médica primaria, asegúrese de mantener los registros para facilitar el seguimiento en la sala de evaluación.

Para más orientación, consulte el nuevo manual de la American Academy of Pediatrics (*Academia Americana de Pediatría*) sobre la implementación de análisis de detección de salud mental llamado *Addressing Mental Health Concerns in Primary Care: A Clinician's Toolkit* (Cómo abordar las preocupaciones de salud mental en la atención primaria: Kit de herramientas para el profesional). El kit incluye una lista de verificación para los exámenes de detección y sugerencias sobre cómo preparar al personal del consultorio. Puede encontrar estos materiales en https://www.aap.org/en/patient-care/mental-health-initiatives/ (en inglés).

¿Me pueden reembolsar por realizar pruebas de detección del consumo de alcohol e intervenciones breves?

Se han hecho avances en los últimos años de modo que ahora, con la codificación adecuada, es posible recibir un reembolso por las pruebas de detección del consumo de alcohol y las breves intervenciones. Consulte la última publicación de AAP *Coding for Pediatrics* (Codificación para pediatría) para información actualizada y detallada (AAP, 2020). Dos advertencias: verifique con las aseguradoras de sus pacientes, ya que algunas compañías solo reembolsan a los proveedores de servicios de salud mental por el diagnóstico de uso de sustancias. Además, si está tratando a un paciente sin el conocimiento del padre, tenga en cuenta que la confidencialidad se verá comprometida si se incluyen códigos de diagnóstico en las explicaciones de los beneficios enviados al padre.

Confidencialidad de la atención

Por lo general, la confidencialidad juega un papel en la provisión de atención médica a los adolescentes. Cuando se trata del consumo de alcohol entre pacientes menores de edad, no permita que las preocupaciones sobre la confidencialidad le impidan examinar e intervenir cuando sea necesario. Todas las organizaciones médicas principales y numerosas leyes actuales respaldan la capacidad de los médicos para proporcionar atención médica confidencial, dentro de las pautas establecidas, a los adolescentes que consumen alcohol (Berlan & Bravender, 2009; Ford et al., 2004).

Es importante ofrecer a sus pacientes una garantía de atención confidencial. Los estudios demuestran que con la garantía de confidencialidad, los adolescentes están más dispuestos a buscar atención médica (Ford et al., 1997), mientras que sin ella, aquellos que adoptan conductas de riesgo a menudo se oponen a la atención médica (Lehrer et al., 2007). Además, las investigaciones indican que la mayoría de los padres prefieren la atención confidencial para sus hijos adolescentes, y que la educación sobre las políticas de privacidad y los comportamientos riesgosos entre los adolescentes mejora las opiniones de la mayoría de los padres que tienen opiniones negativas sobre la confidencialidad (Hutchinson & Stafford, 2005).

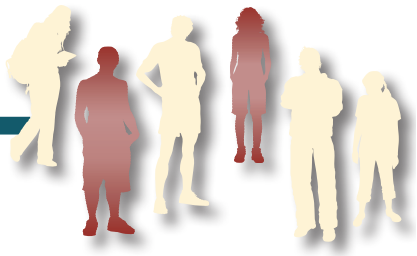
Esta sección proporciona una breve descripción general de los derechos del paciente y la orientación de la asociación profesional, junto con sugerencias prácticas para evaluar a los pacientes adolescentes con respecto al consumo de alcohol, respetando al mismo tiempo la confidencialidad y sus limitaciones.

Los derechos del paciente

Las leyes estatales rigen los derechos de los pacientes menores a la confidencialidad de la información compartida con los proveedores de atención médica sobre el consumo de alcohol y drogas. En todos los estados, las leyes varían según las disposiciones, incluso la definición de un menor (generalmente menor de 18 años), la capacidad de un menor para dar su consentimiento para el tratamiento por abuso de sustancias, la notificación del tratamiento a los padres y la divulgación de los registros médicos. Es importante conocer las leyes específicas de su estado, que generalmente permiten a los profesionales de la salud usar su juicio profesional para determinar los límites de la confidencialidad. Para obtener información sobre las leyes de su estado, comuníquese con la sociedad médica de su estado. También, el Center for Adolescent Health and the Law (*Centro para la Salud y los Derechos del Adolescente*) ofrece un resumen de las leyes estatales de consentimiento del menor, que incluye las disposiciones de confidencialidad y divulgación de información (English et al., 2010; www.cahl.org).

Las reglas federales de privacidad médica establecidas por la Health Insurance Portability and Accountability Act (*Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico*; HIPAA, por sus siglas en inglés) permiten a los proveedores de atención médica para los adolescentes "cumplir con sus obligaciones éticas de mantener la confidencialidad coherente con otras leyes" (Ford et al., 2004). Por ejemplo, HIPAA permite a los padres tener acceso a los registros médicos de un menor de edad solo si ese acceso no entra en conflicto con una ley estatal o una ley de confidencialidad. Si las leyes estatales u otras no dicen nada al respecto, los médicos pueden ejercer su juicio profesional para decidir si permiten el acceso (Ford et al., 2004).

Además, los centros de tratamiento con fondos federales están sujetos al Code of Federal Regulations (*Código de Regulaciones Federales*; 42 CFR Parte 2), que ofrece diferentes pautas de HIPAA. Estas regulaciones protegen la confidencialidad de los registros sobre el consumo de alcohol y drogas de pacientes menores. Estos registros no pueden ser compartidos con ninguna persona, incluso un padre o tutor legal, sin el consentimiento por escrito del menor.



Orientación de asociaciones profesionales

Las asociaciones profesionales han creado pautas, políticas y precedentes útiles para ayudar a guiarlo a través del complejo marco de las leyes y los asuntos relacionados con el consentimiento, la privacidad y la confidencialidad del menor. A continuación, se ofrece una muestra de las orientaciones de varias organizaciones; visite el sitio web de su asociación para ver la imagen completa, o visite el sitio web del Center for Adolescent Health and the Law (*Centro de la Salud del Adolescente y de los Derechos*; www.cahl.org) para ver un compendio de las políticas (Morreale et al., 2005).

"La información más útil se obtendrá en una atmósfera de bienestar y confianza mutua", afirma la American Academy of Pediatrics (*Academia Americana de Pediatría*; Kulig & AAP Committee on Substance Abuse, 2005). Para facilitar la atención confidencial, la AAP recomienda establecer una política de privacidad y compartirla con padres e hijos alrededor del chequeo de los 7 u 8 años, o al menos en el chequeo de los 9 o 10 años (Hagan et al., 2017). También en ese momento, y sin duda para el chequeo de los 12 años, usted debe reservar de forma rutinaria una parte de la consulta para estar a solas con el paciente (Hagan et al., 2017). Esto prepara el escenario para conversaciones privadas regulares entre adolescentes y médicos durante la segunda década.

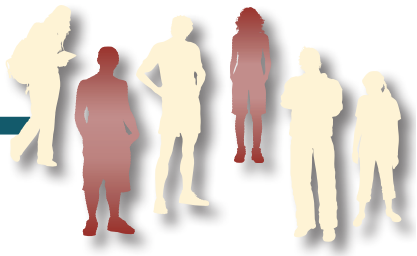
Con respecto a la pregunta central de cómo involucrar a los padres en la atención de sus pacientes, la American Academy of Family Physicians (*Academia Americana de Médicos de Familia*; AAFP, por sus siglas en inglés) recomienda a los proveedores de atención médica hacer un "esfuerzo razonable para alentar al adolescente a incluir a los padres o tutores legales en las decisiones relacionadas con la salud" (AAFP, 2008). Sin embargo, si usted no considera beneficiosa la participación de los padres, la American Medical Association (*Asociación Médica Americana*; AMA, por sus siglas en inglés) recomienda que "el consentimiento o la notificación a los padres no debería ser una barrera para la atención médica" (AMA, Policy H-60.965). La Society for Adolescent Health and Medicine (*Sociedad para la Salud y Medicina del Adolescente*; SAHM, por sus siglas en inglés) está de acuerdo, indicando que "la participación de los padres en la atención médica de sus hijos adolescentes debe ser fomentada, pero no debe ser obligatoria" (Ford et al., 2004).

Por supuesto, habrá momentos en los que tendrá que considerar romper la confidencialidad e involucrar a los padres (consulte la página 28, "¿Cuándo es apropiado romper la confidencialidad?"). Tal como lo resume la AAFP, "al final, el juicio del especialista debe prevalecer en el mejor interés médico del paciente" (AAFP, 2008).

Recomendaciones prácticas

- **Explique siempre su política de confidencialidad:** puede ser muy eficaz explicar la política de confidencialidad de su práctica al paciente y a los padres al mismo tiempo. Por ejemplo:
  - **Directo al paciente:** *"Te haré algunas preguntas personales que les hago a todos mis pacientes para brindarles la mejor atención posible. Todo lo que digamos aquí será confidencial; en otras palabras, permanecerá entre nosotros, pero dentro de ciertos límites. La excepción es si me dices que alguien te está lastimando físicamente o sexualmente, o si te estás lastimando o estás planeando lastimarte o lastimar a alguien. Entonces tendremos que contarles a otros e involucrarlos para mantenerte a ti y a la otra persona a salvo".*
  - **Directo a los padres:** *"Lo que su hija/hijo me diga es confidencial, pero obviamente entre ustedes pueden abordar cualquier tema en cualquier momento. Si su hija/hijo está en peligro inmediato o necesita tratamiento adicional, sin duda le informaré y los incluiré en cualquier discusión".*

- **Programe tiempo en privado para el examen de detección.** Si ofrece una herramienta de detección impresa o electrónica antes del examen, comunique claramente al paciente y al padre que se necesita privacidad para completarlo. Si usted hace las preguntas de detección, solo hágalo cuando los padres no estén en el consultorio. Debido a que la evaluación inicial establece el escenario para consultas posteriores, programe tiempo en privado, comenzando con la primera evaluación. De esta manera, evitará dar la impresión de que divulgará el contenido de estas conversaciones a los padres en el futuro.
- **Programe tiempo en privado para hablar.** Es importante establecer una rutina estándar para que los pacientes adolescentes pasen parte de cada consulta solos con el médico. Por lo general, la consulta comienza con el paciente y el padre presentes, luego el médico pasa tiempo en privado con el paciente y el final de la consulta sirve para la conclusión en grupo. La razón fundamental para el tiempo en privado es tanto de desarrollo (es decir, reconocer la autonomía emergente del paciente y alentarlo a adquirir habilidades para satisfacer las necesidades de salud) como de fomentar la comunicación abierta sobre problemas de salud delicados. Al decidir cuándo establecer un tiempo en privado para un determinado paciente, no tenga solo en cuenta la edad del paciente. Por ejemplo, un paciente de 10 años que es fisicamente maduro o se viste de manera provocativa puede necesitar un examen de detección del consumo de alcohol aún más que algunos de sus pacientes mayores.
- **Decida cómo y cuándo respetar los compromisos de cambio.** Un objetivo clave de las intervenciones para los pacientes que han comenzado a beber pero no corren grave peligro es obtener un compromiso para suspender o reducir su consumo de alcohol. Con los adolescentes mayores, a menudo es mejor mantener la confidencialidad (si se solicita) después de aceptar el compromiso del paciente de evitar comportamientos riesgosos. Sin embargo, si su paciente se niega a comprometerse o si duda la sinceridad del compromiso, es posible que tenga que considerar romper la confidencialidad. Además, si en las consultas de seguimiento, encuentra que un paciente no ha demostrado un compromiso con el plan acordado o ha intensificado su consumo, también debe considerar romper la confidencialidad. Esto se puede enmarcar dentro de un contexto de preocupación por la salud del paciente y la necesidad de involucrar a un adulto de confianza para facilitar la obtención de ayuda o el tratamiento que el paciente necesita
- **Mantenga confidenciales las visitas de seguimiento.** Puede mantener la confidencialidad incluso si el consumo de alcohol de su paciente indica la necesidad de una consulta de seguimiento. Muchos médicos programan la siguiente consulta con un "gancho" médico, como la necesidad de realizar un seguimiento del acné o de una vacuna, o para analizar los medicamentos o los resultados de laboratorio.
- **Hable de las remisiones.** Si necesita referir a los pacientes para tratamiento adicional, es posible que deba hablar con ellos sobre la ruptura de la confidencialidad para hablar con los padres al respecto. Esto puede ser relativamente sencillo, porque en la mayoría de los casos, cuando el paciente está bebiendo tanto como para requerir una remisión, los padres ya lo saben.
- **Tenga en cuenta los procedimientos del consultorio que podrían romper la confidencialidad inadvertidamente.** Estos pueden incluir recordatorios de citas y procedimientos de facturación y reembolso. La SAHM aconseja desarrollar estrategias para "brindar una atención confidencial apropiada dentro de este contexto cuando sea factible" (Ford et al., 2004). Considere la posibilidad de tomar cursos de educación continua que no solo lo mantengan al tanto de los asuntos de confidencialidad en general sino que también aborden los problemas que puedan surgir a medida que prevalezcan los registros médicos electrónicos.



- **Aclare los riesgos de divulgar los registros médicos a los padres.** Es inusual que un padre demande el acceso a la historia clínica de un niño sin primero tratar de obtener respuestas del niño o del proveedor de atención médica. En caso de que un padre solicite registros médicos que contengan información confidencial, es importante conocer las leyes de su estado sobre la divulgación de información. Por lo general, los menores deben poder controlar el acceso a la información sobre los servicios para los que pueden proporcionar legalmente su consentimiento, como el uso y el tratamiento del alcohol en muchos estados. Si usted no puede proteger la publicación de los registros médicos, es importante dejar en claro, antes de la divulgación, que al leer cualquier información de salud delicada, los padres pueden comprometer su relación y capacidad para trabajar con el niño. Puede hacer que sea más difícil obtener información honesta y precisa de su paciente, quien habrá perdido la confianza en usted. Sugiera que el padre reconsidere la solicitud.

¿Cuándo es apropiado romper la confidencialidad?

Su juicio clínico, junto con las leyes de su estado relacionadas con el consentimiento del menor, tienen la respuesta. A continuación, hay pautas generales relacionadas con los niveles del consumo de alcohol por edad. Además, considere las conductas relacionadas con el alcohol y los riesgos asociados de lesiones graves reportadas, así como la presencia y gravedad de cualquier afección comórbida (como depresión, riesgo de suicidio, diabetes insulinodependiente mal controlada).

	Cualquier consumo de alcohol	Algunos problemas leves	Problemas graves o probable dependencia
Escuela primaria (de 9 a 11 años)	Sí	Sí	Sí
Escuela intermedia (de 11 a 14 años)	Tal vez	Sí	Sí
Escuela secundaria (de 14 a 18 años)	Tal vez	Tal vez	Sí

Entrevistas motivacionales breves

Dadas las limitaciones de tiempo de su práctica, puede preguntarse acerca de formas rápidas y eficaces para ayudar a los niños y adolescentes a adoptar comportamientos más saludables. Si aún no está en su repertorio, considere agregar las entrevistas motivacionales breves, un estilo de comunicación centrado en el paciente, diseñado para mejorar la motivación del paciente para cambiar.

¿Qué es la motivación?

En las últimas décadas, los avances en las investigaciones y la teoría sobre el comportamiento impulsaron un cambio importante en el concepto de motivación (Tevyaw & Monti, 2004). Ya no se considera un rasgo de carácter inmutable, de todo o nada, en el que un individuo está motivado o no. En cambio, la motivación se ve como un estado dinámico de "disposición para el cambio" que puede verse influido por las interacciones interpersonales, con la confrontación que resulta en la resistencia, y con la comprensión y empatía que lleva al cambio (Tevyaw & Monti, 2004; Levy et al., 2002).

¿Cómo avanzan las personas en el proceso de cambio? Según los investigadores del comportamiento, las personas se motivan cuando "perciben una discrepancia entre dónde están y dónde quieren estar" (Miller et al., 1992). Usted, como proveedor de atención médica, se encuentra en una posición privilegiada para ayudar a sus pacientes a reconocer la desconexión entre su comportamiento y sus metas, valores y creencias, y para lograr un cambio positivo.

¿Qué son las entrevistas motivacionales?

Las entrevistas motivacionales son un estilo de asesoría directiva, centrada en el paciente, que ayuda a los pacientes a explorar su ambivalencia natural sobre el cambio. Su "espíritu" amistoso y de colaboración se considera más importante que cualquier conjunto particular de técnicas. El objetivo general es obtener motivación por parte del paciente, no imponerla desde fuera. Una tarea central es ayudar a los pacientes a que examinen sus propias razones en pro y en contra del cambio, y luego orientarlos hacia una resolución que genere un cambio en una dirección saludable. Una vez que los pacientes se comprometan a un cambio, pueden o no necesitar más ayuda sobre cómo lograrlo; si hay voluntad, se buscan las maneras (Rollnick & Miller, 1995).

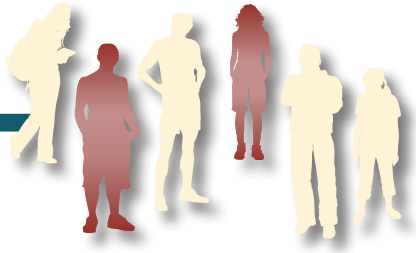
Aunque este estilo de asesoría surgió del campo del abuso de sustancias, las entrevistas motivacionales se usan ahora para abordar muchos otros comportamientos de salud, como el cumplimiento con los medicamentos y el control de la dieta (Erikson et al., 2005; Rubak et al., 2005). Por lo tanto, puede descubrir que el desarrollo de habilidades en esta área le servirá para facilitar cualquier cambio de comportamiento del paciente.

¿Cómo se hacen?

No hay una única forma prescrita para hacer entrevistas motivacionales; cada interacción será tan individual como cada paciente y sus perspectivas, metas, valores y creencias. Sin embargo, en su núcleo, cuatro principios básicos subyacen este enfoque (Miller et al., 1992):

Exprese empatía. Adopte una postura cálida y sin prejuicios; escuche activamente y reflexione sobre lo que se dice para ayudar al paciente a sentirse escuchado.

Desarrolle las discrepancias. Cree conciencia de las consecuencias personales del paciente por consumir alcohol; pregunte cómo sus metas, valores o creencias podrían verse obstaculizados o comprometidos por el consumo de alcohol.



Vaya con la resistencia. Reconozca las creencias y sentimientos del paciente; evite los sermones o el debate; cambie de marcha y afirme la autonomía si el paciente muestra resistencia.

Apoye la autoeficacia. Exprese confianza en la capacidad del paciente para hacer un cambio; resalte las fortalezas y los éxitos del paciente como ejemplo.

Al igual que con la mayoría de las habilidades, la competencia en hacer entrevistas motivacionales aumenta con una combinación de entrenamiento, práctica y retroalimentación. Para obtener más información sobre las entrevistas motivacionales, junto con información sobre talleres y entrenamiento, visite www.motivationalinterview.net (en inglés). También puede consultar el libro y los artículos de revistas a los que se hace referencia en esta sección.

Son versátiles y diseñadas para adolescentes

Usted puede usar las entrevistas motivacionales para abordar cualquier nivel de consumo de alcohol en sus pacientes, desde una primera experiencia aislada hasta un consumo regular, fuerte y problemático (Narr-King & Suárez, 2011; Tevyaw & Monti, 2004; Levy et al., 2002). Pueden ser especialmente útiles para los adolescentes en las primeras etapas de preparación para el cambio, ya sea que aún no estén interesados en cambiar, o están pensando en ello pero no están listos para comprometerse (Gold & Kokotailo, 2007). Los pacientes que presentan con una lesión relacionada con el consumo del alcohol u otras consecuencias negativas pueden ser especialmente receptivos en ese "momento de aprendizaje" doloroso (Macgowan & Engle, 2010). Incluso para los pacientes con dependencia del alcohol, las entrevistas motivacionales pueden alentarlos a aceptar una remisión a un tratamiento especializado (Levy et al., 2002) y a comprometerse más plenamente con la atención médica.

Las entrevistas motivacionales, aunque inicialmente se desarrollaron para los adultos, son especialmente aptas para los adolescentes. Evitan las confrontaciones, lo que les permite a los adolescentes su individualidad. Su intercambio abierto y respetuoso de puntos de vista apoya el deseo de los adolescentes de que sus puntos de vista sean escuchados y apoya su búsqueda de autonomía. Pueden ser beneficiosas incluso cuando el paciente no admite tener un problema (Tevyaw & Monti, 2004), que a menudo es el caso. Cuando los pacientes no están listos para comprometerse con un cambio de comportamiento, la entrevista motivacional le permite mantener una relación "encontrándolos donde están" en su proceso de cambio y negociando algunos pasos provisionales. En el proceso, a medida que usted suscita y demuestra que valora sus opiniones, los pacientes adolescentes tienen la oportunidad de demostrar su ingenio a menudo notable y de desarrollar habilidades para la toma de decisiones que les servirán hasta la edad adulta.

¿Qué tan eficaces son?

En los adultos, la eficacia de las entrevistas motivacionales breves está bien establecida. Un metaanálisis de 72 ensayos controlados aleatorios (ECAs) encontró que las intervenciones de fortalecimiento motivacional superaron los consejos tradicionales para una variedad de comportamientos de salud en 8 de cada 10 estudios (Rubak et al., 2005). Las breves entrevistas motivacionales pueden ser eficaces en consultas únicas de tan solo 15 minutos, y agregar una o más consultas de seguimiento casi "garantiza" su eficacia (Rubak et al., 2005). Los estudios centrados en el alcohol han demostrado que el fortalecimiento motivacional y otras intervenciones breves pueden reducir el consumo en exceso de alcohol en adultos no dependientes, por lo general al igual que un tratamiento más intensivo (Tevyaw & Monti, 2004).

Entre los adolescentes, hasta ahora los estudios sobre las entrevistas motivacionales breves para intervenciones por consumo de alcohol son limitados, pero prometedores (Macgowen & Engle, 2010). Una revisión de 2010 de 14 ECAs de intervenciones breves por consumo de alcohol para adolescentes

en entornos clínicos indicó que las entrevistas motivacionales parecían más exitosas que otros tipos de intervenciones y que incluso una sola sesión podría tener efectos positivos (Wachtel & Staniford, 2010). Un metaanálisis de 2011 también apoyó la eficacia de las intervenciones mediante entrevistas motivacionales para el uso de sustancias entre adolescentes (Jensen et al., 2011).

Por lo tanto, la combinación de la evidencia sólida en adultos y los resultados prometedores en adolescentes hace que las entrevistas motivacionales sean posiblemente el enfoque más razonable y más factible para recomendar en este momento para las intervenciones breves con adolescentes en entornos clínicos (Clark et al., 2010).

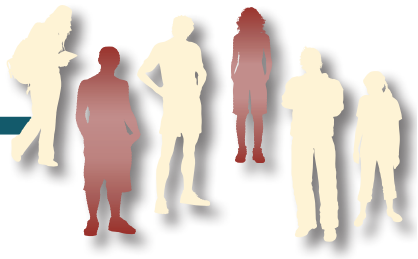
Cómo establecer metas individuales y planes de acción

Establecer metas y planes de acción en el transcurso de las entrevistas motivacionales es más complicado con los jóvenes que consumen alcohol que con los adultos. La entrevista motivacional implica fomentar la autonomía del paciente para elegir su curso de acción, así como reconocer y complementar cualquier cambio positivo. Sin embargo, las personas menores de 21 años que consumen alcohol no tienen, legalmente, completa libertad de elección cuando se trata de tomar decisiones sobre el consumo de alcohol. Las metas que usted y su paciente fijen deben debatirse tanto en el contexto de la seguridad del paciente como en el de las restricciones impuestas por la ley, los padres, la escuela u otras fuentes (Tevyaw & Monti, 2004).

Su evaluación (página 10) ayudará a dirigir y formar las metas individuales de su paciente relacionadas con el alcohol. La abstinencia sería, por supuesto, la meta ideal para los jóvenes que consumen alcohol. Sin embargo, en muchos casos, reducir el consumo de alcohol y tomar otras medidas para evitar lesiones son metas más realistas y alcanzables. Para los dependientes del alcohol y los que corren mayor riesgo, la meta será aceptar que lo remitan a un tratamiento especializado.

Las siguientes muestras de planes de acción para los jóvenes que beben pero que no son dependientes pueden ayudar a usted y a su paciente a trazar cursos constructivos (adaptadas de Levy et al., 2002):

- **Reto a la abstinencia.** Pida permiso al adolescente para hacer un contrato de abstinencia de 4 a 8 semanas que les ayudará a los dos a determinar la gravedad del problema. Hablen sobre las formas de evitar el consumo de alcohol con éxito. Durante el seguimiento, reafirme el éxito y aborde la idea de referirlo a una evaluación más extensa para aquellos que no aprobaron el desafío o lo encontraron muy estresante.
- **Reducir el consumo.** Para aquellos que se niegan a abstenerse, pida permiso para negociar y contratar límites de consumo basados en los antecedentes del paciente. En general, aconseje no usar sustancias durante la semana, reducir la cantidad y evitar situaciones peligrosas, como beber y conducir. Suscite comentarios de los pacientes sobre sus sugerencias. A la hora del seguimiento, continúe trabajando en las discrepancias y pregunte qué pasos adicionales desearían tomar para alcanzar sus metas, aprovechando los éxitos anteriores.
- **Crear una lista de contingencias.** Para los pacientes más difíciles o testarudos que se rehúsan incluso a reducir el consumo, vea el tratamiento como un proceso y acepte cualquier progreso, como debatir las perspectivas sobre su consumo de alcohol, como un éxito parcial. Cree una lista de contingencias que indique que existe un problema y pida a los pacientes que acepten venir a consulta en caso de que se presente. Evite los argumentos, vaya con la resistencia y aliéntelos a que sigan pensando en su problema del consumo de alcohol y que continúen con el automonitoreo.



Seguimiento

En general, el seguimiento es necesario. Negociar un marco de tiempo para el seguimiento con el paciente puede aumentar la probabilidad de que el paciente regrese. Según lo observado por la American Academy of Pediatrics (*Academia Americana de Pediatría*), a veces un "gancho" médico (por ejemplo, un seguimiento del acné o una vacunación o para discutir los resultados de laboratorio) puede llevar al paciente a su consultorio (AAP Adolescent Health Update Editorial Board, 2007). Los estudios indican que solo una visita adicional puede mejorar significativamente la eficacia de su intervención (Rubak et al., 2005).

Recursos adicionales de trabajo

Con la herramienta rápida de detección de dos preguntas y los cálculos del nivel de riesgo de esta Guía, tendrá una buena idea del nivel de riesgo de sus pacientes para los problemas relacionados con el alcohol. Puede medir aún más el nivel de riesgo y la necesidad de una remisión haciendo más preguntas, como se sugiere en la página 10, mediante el uso de una herramienta formal, o ambas.

Dos herramientas breves para considerar son el *Alcohol Use Disorders Identification Test*, o AUDIT (Cuestionario para la identificación de los trastornos relacionados con el consumo de alcohol), que profundiza más en los comportamientos relacionados con el alcohol, y la entrevista de diagnóstico CARLOS (conocido como CRAFFT en inglés), que se explica a continuación, que investiga el uso de otras drogas además del consumo de alcohol. Tanto el AUDIT como el CARLOS se pueden usar en formato impreso o electrónico, y la entrevista CARLOS se puede hacer oral. Ambas herramientas identifican problemas que pueden abordarse durante las entrevistas motivacionales. Y ambas deben, por supuesto, administrarse protegiendo la privacidad del paciente.

La herramienta AUDIT de 10 preguntas, disponible en la siguiente página, fue diseñada para los adultos, pero podría también ser adecuada para los adolescentes (Reinert & Allen, 2007). La validez de AUDIT ha sido confirmada consistentemente con los adultos (Reinert & Allen, 2007). Las investigaciones también apoyan el uso de AUDIT para los adolescentes entre 14 y 18 años, con puntos de corte más bajos de 2 para identificar cualquier consumo de alcohol y de 3 para el abuso de alcohol o dependencia (Knight et al., 2003).

Usted podría estar familiarizado con la herramienta CARLOS, que está incorporada en la declaración política de la Academia Americana de Pediatría en *Substance Use Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment for Pediatricians* (Detección del uso de sustancias, intervención breve y remisión a tratamiento para pediatras; AAP Committee on Substance Abuse, 2016). La entrevista de diagnóstico CARLOS identifica el consumo de alcohol y drogas entre los adolescentes y los comportamientos asociados. Las investigaciones indican que un "Sí" a dos de las preguntas a continuación señala un problema que necesita una evaluación adicional y que un puntaje de 4 o más "debe levantar sospechas de dependencia de sustancias" (Knight et al., 2002):

C: ¿Ha viajado, alguna vez, en un **CARRO** o vehículo conducido por una persona (incluyéndolo a usted) que haya consumido alcohol, drogas o sustancias psicoactivas?

A: ¿Le han sugerido, alguna vez, sus **AMIGOS o su familia** que disminuya el consumo de alcohol, drogas o sustancias psicoactivas?

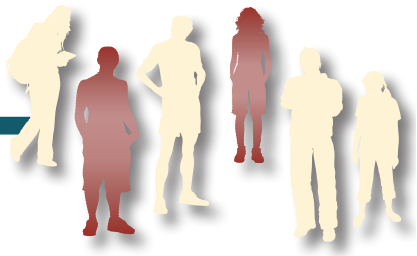
R: ¿Ha usado, alguna vez, bebidas alcohólicas, drogas o sustancias psicoactivas para **RELAJARSE**, para sentirse mejor consigo mismo o para integrarse a un grupo?

L: ¿Se ha metido, alguna vez, en **LÍOS** o problemas al tomar alcohol, drogas o sustancias psicoactivas?

O: ¿Se le ha **OLVIDADO**, alguna vez, lo que hizo al tomar alcohol o drogas psicoactivas?

S: ¿Ha consumido, alguna vez, alcohol, drogas o alguna sustancia psicoactiva, encontrándose **SOLO** o sin compañía?

Junto con las dos preguntas de detección en esta Guía, estas herramientas se ajustan bien a esquemas de entrevistas psicosociales estructuradas y más amplias, como HEADSS (preguntas sobre el hogar, educación, actividades, consumo de drogas y alcohol, sexualidad y suicidio), y a entrevistas que agregan un enfoque en las fortalezas que pueden ayudar a compensar los riesgos. La American Academy of Pediatrics (*Academia Americana de Pediatría*) anota que: "Las herramientas estructuradas se pueden incorporar fácilmente en los registros de salud impresos o electrónico para recordar al profesional que realice un examen de detección y documente los resultados" (AAP Committee on Substance Abuse, 2016).



PACIENTE: Debido a que el uso del alcohol puede afectar su salud e interferir con ciertos medicamentos y tratamientos, es importante que le hagamos algunas preguntas sobre su uso de alcohol. Sus respuestas serán confidenciales, así que le agradecemos su honestidad.

Coloque una X en el cuadro que mejor describa su respuesta a cada pregunta.

Preguntas	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	
1. ¿Con qué frecuencia consume una bebida alcohólica?	Nunca	Una o menos veces al mes	De 2 a 4 veces al mes	De 2 a 3 más veces a la semana	4 o más veces a la semana	
2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?	1 o 2	3 o 4	5 o 6	De 7 a 9	10 o más	
3. ¿Con qué frecuencia toma cinco o más bebidas alcohólicas en un solo día?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensual-mente	Semanal-mente	A diario o casi a diario	
4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensual-mente	Semanal-mente	A diario o casi a diario	
5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensual-mente	Semanal-mente	A diario o casi a diario	
6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensual-mente	Semanal-mente	A diario o casi a diario	
7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensual-mente	Semanal-mente	A diario o casi a diario	
8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensual-mente	Semanal-mente	A diario o casi a diario	
9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?	No		Sí, pero no en el curso del último año		Sí, el último año	
10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por un consumo de bebidas alcohólicas o le ha sugerido que deje de beber?	No		Sí, pero no en el curso del último año		Sí, el último año	
					Total	

Nota: Este cuestionario (el AUDIT) se reimprimió con el permiso de la World Health Organization (*Organización Mundial de la Salud*) y la Generalitat Valenciana Conselleria De Benestar Social (*Consejería de Bienestar Social de la Generalitat Valenciana*). Para reflejar los tamaños de bebida estándar en Estados Unidos, la cantidad de bebidas en la pregunta 3 se cambió de 6 a 5. En https://www.who.int/es/home, puede encontrar el manual gratuito de AUDIT con pautas para el uso en un ámbito de atención primaria.

Recursos para las remisiones

Al hacer remisiones, involucre a su paciente y al padre o tutor legal en la decisión y programe una consulta de remisión mientras su paciente está en el consultorio. Si está disponible en su comunidad, haga arreglos para que un facilitador interinstitucional lo ayude a asegurar que su paciente se conecte con el proveedor del tratamiento.

Opciones de evaluación y tratamiento

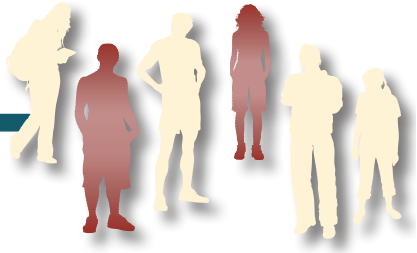
- **Para pacientes con seguro.** Comuníquese con un administrador de casos de salud conductual en la compañía aseguradora.
- **Para pacientes sin seguro o con seguro insuficiente.** Comuníquese con su departamento de salud local para conocer los servicios de tratamiento para el abuso de sustancias para adolescentes.
- **Para pacientes mayores que están empleados o en la universidad.** Pregunte sobre el acceso a un programa de asistencia al empleado o de consejería escolar que incluya tratamiento para el abuso de sustancias.
- **Para ubicar las opciones de tratamiento para adolescentes en su área:**
  - Pida recomendaciones a los profesionales de salud conductual afiliados a su práctica.
  - Busque en directorios locales de servicios de salud conductual.
  - Comuníquese con los hospitales locales y las organizaciones de servicios de salud mental.
  - Llame al National Drug and Alcohol Treatment Referral Routing Service (*Servicio Nacional de Enrutamiento de Remisiones para el Tratamiento del Consumo de Drogas y Alcohol*) al 1–800–662–HELP o visite el sitio web del Behavioral Health Treatment Services Locator *(Localizador de servicios para tratamiento de salud conductual)* en https://findtreatment.samhsa.gov (en inglés).
- **Para una lista útil de criterios** de selección de un programa de tratamiento del abuso de sustancias para adolescentes, consulte la declaración política de la American Academy of Pediatrics (*Academia Americana de Pediatría*) en *Substance Use Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment for Pediatricians* (Detección del uso de sustancias, breve intervención y remisión a tratamiento para pediatras; AAP Committee on Substance Abuse, 2016).

Cómo encontrar grupos de apoyo

- **Grupos específicos de su área.** A través de aquellos que conocen las opciones de salud conductual de su localidad, busque grupos que brinden atención posterior al tratamiento y apoyo a los pacientes adolescentes y a sus familias.
- **Grupos a nivel nacional.** Considere comunicarse con Alcoholics Anonymous (*Alcohólicos Anónimos*; AA) para preguntar si alguno de los grupos locales atrae principalmente a jóvenes (para obtener los números de teléfono, visite www.aa.org/pages/es_ES). En todo caso, tenga en cuenta que todos los grupos de AA están abiertos a personas de todas las edades en cualquier momento. Para evitar un posible desajuste, lo mejor es considerar las remisiones de AA solo para los jóvenes mayores que hayan tenido una evaluación formal. Para grupos de apoyo para los miembros de la familia, comuníquese con Al-Anon (https://al-anon.org/es/recien-llegados/rincon-para-adolescentes-alateen/).

Recursos locales

Escriba una lista de sus recursos locales. Haga copias y manténgalas en los consultorios y otras salas de evaluación. Familiarícese con estos recursos para facilitar las remisiones y el acceso a la atención médica.



Referencias

Abar, C., Abar, B., & Turrisi, R. (2009). The impact of parental modeling and permissibility on alcohol use and experienced negative drinking consequences in college. *Addictive Behaviors, 34(6–7)*, 542–7.

American Academy of Family Physicians. (2020). *Adolescent health care, confidentiality*. Retrieved December 17, 2020, from https://www.aafp.org/about/policies/all/adolescent-confidentiality.html

American Academy of Pediatrics. (2020). *Coding for pediatrics, 25th edition*. Itasca, IL: American Academy of Pediatrics.

American Academy of Pediatrics. (2010). *Addressing mental health concerns in primary care: A clinician's toolkit. First edition.* [CD-ROM]. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics.

American Academy of Pediatrics Adolescent Health Update Editorial Board. (2007). Inspiring teens to change: Motivational interviewing can be used even in busy offices to help adolescents adopt healthy behaviors. *AAP News*, *28*, 23–24.

American Academy of Pediatrics Committee on Substance Use and Prevention. (2016). Substance use screening, brief intervention, and referral to treatment. [Electronic version]. *Pediatrics, 138(1)*, e20161211.

American Academy of Pediatrics Committee on Substance Use and Prevention. (2015). Clinical report: Binge drinking. [Electronic version]. *Pediatrics, 136(3)*, e718–726.

American Academy of Pediatrics Committee on Substance Use and Prevention. (2019). Policy statement: Alcohol use by youth. [Electronic version]. *Pediatrics, 144(1)*, e20191356.

American Academy of Pediatrics Committee on Substance Use and Prevention. (2019). Technical report: Alcohol use by youth. [Electronic version]. *Pediatrics, 144(1)*, e20191357.

American Medical Association. *Confidential health care for minors*. Retrieved December 16, 2020, from https://www.ama-assn.org/delivering-care/ethics/confidential-health-care-minors

Berlan, E. D., & Bravender, T. (2009). Confidentiality, consent, and caring for the adolescent patient. *Current Opinion in Pediatrics, 21(4)*, 450–6.

Biglan, A., Brennan, P. A., Foster, S. L., & Holder, H. D. (2004). *Helping adolescents at risk: Prevention of multiple problem behaviors*. New York: Guilford Press.

Brown, J. D., & Wissow, L. S. (2009). Discussion of sensitive health topics with youth during primary care visits: Relationship to youth perceptions of care. *Journal of Adolescent Health*, *44(1)*, 48–54.

Brown, S. A., Donovan, J. E., McGue, M. K., Shulenberg, J. E., Zucker, R. A., & Goldman, M. A. (2010). Youth alcohol screening workgroup II: Determining optimal secondary screening questions. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research 34* (Supplement s2), 267A.

Brown, S. A., McGue, M., Maggs, J., Schulenberg, J., Hingson, R., Swartzwelder, S., Martin, C., Chung, T., Tapert, S. F., Sher, K., Winters, K. C., Lowman, C., & Murphy, S. (2008). A developmental perspective on alcohol and youths 16 to 20 years of age. *Pediatrics*, *121* (Supplement 4), S290–310.

Centers for Disease Control and Prevention. (2008). QuickStats: Percentage of deaths from leading causes among teens aged 15–19 years—National Vital Statistics System, United States, 2005. *Morbidity and Mortality Weekly Report, 57(45)*, 1234.

Centers for Disease Control and Prevention. (2007). Types of alcoholic beverages usually consumed by students in 9th–12th grades—Four States, 2005. *Morbidity and Mortality Weekly Report, 56(29)*, 737–740.

Chen, C. M., Yi, H., & Faden, V. B. (2011). NIAAA trends in underage drinking in the United States, 1991–2009, *Surveillance Report* #91.

Chung, T., Smith, G., Donovan, J. E., Windle, M., Faden, V., Chen, C., & Martin, C. S. (2012) Drinking frequency as a brief screen for adolescent alcohol problems. *Pediatrics. 129(2)*, 205–212.

Clark, D. B., Gordon, A. J., Ettaro, L. R., Owens, J. M., & Moss, H. B. (2010). Screening and brief intervention for underage drinkers. *Mayo Clinic Proceedings, 85(4)*, 380–91.

Donovan, J. E. (2009). Estimated blood alcohol concentrations for child and adolescent drinking and their implications for screening instruments. *Pediatrics, 123(6)*, e975–81.

English, A., Bass, L., Boyle, A. D., & Eshragh, F. (2010). *State minor consent laws: A summary, third edition*. Chapel Hill, NC: Center for Adolescent Health & the Law.

Erickson, S. J., Gerstle, M., & Feldstein, S. W. (2005). Brief interventions and motivational interviewing with children, adolescents, and their parents in pediatric health care settings: A review. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 159(12)*, 1173–80.

Ferreira, S. E., de Mello, M. T., Pompéia, S., & de Souza-Formigoni, M. L. (2006). Effects of energy drink ingestion on alcohol intoxication. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 30(4)*, 598–605.

Ford, C., English, A., & Sigman, G. (2004). Confidential health care for adolescents: Position paper for the Society for Adolescent Medicine. *Journal of Adolescent Health, 35(2),* 160–7.

Ford, C. A., Millstein, S. G., Halpern-Felsher, B. L., & Irwin, C. E., Jr. (1997). Influence of physician confidentiality assurances on adolescents' willingness to disclose information and seek future health care. A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association, 278(12)*, 1029–34.

Gold, M. A., & Kokotailo, P. K. (2007). Motivational interviewing strategies to facilitate adolescent behavior change. *Adolescent Health Update, 20(1)*, 1–10.

Grant, B. F., & Dawson, D. A. (1997). Age at onset of alcohol use and its association with DSM-IV alcohol abuse and dependence: Results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic *Survey. Journal of Substance Abuse, 9*, 103–10.

Hagan J. F., Shaw, J. S., & Duncan, P. M., eds. (2017). *Bright futures: Guidelines for health supervision of infants, children, and adolescents, fourth edition*. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics.

Hingson, R. W., Heeren, T., & Winter, M. R. (2006). Age at drinking onset and alcohol dependence: Age at onset, duration, and severity. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 160(7)*, 739–46.

Hutchinson, J. W., & Stafford, E. M. (2005). Changing parental opinions about teen privacy through education. *Pediatrics, 116(4)*, 966–71.

Jensen, C. D., Cushing, C. C., Aylward, B. S., Craig, J. T., Sorell, D. M., & Steele, R. G. (2011). Effectiveness of motivational interviewing interventions for adolescent substance use behavior change: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 79(4)*, 433–40.

Johnston, L. D., O'Malley, P. M., Bachman, J. G., & Schulenberg, J. E. (2011). *Monitoring the Future national results on adolescent drug use: Overview of key findings, 2010*. Ann Arbor: Institute for Social Research, The University of Michigan.

Johnston, L. D., O'Malley, P. M., Bachman, J. G., & Schulenberg, J. E. (2010). *Monitoring the Future national survey results on drug use, 1975–2009. Volume I: Secondary school students* (NIH Publication No. 10-7584). Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse.

Knight, J. R., Sherritt, L., Harris, S. K., Gates, E. C., & Chang, G. (2003). Validity of brief alcohol screening tests among adolescents: A comparison of the AUDIT, POSIT, CAGE, and CRAFFT. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research, 27(1)*, 67–73.

Knight, J. R., Sherritt, L., Shrier, L. A., Harris, S. K., & Chang, G. (2002). Validity of the CRAFFT substance abuse screening test among adolescent clinic patients. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 156(6)*, 607–14.

Kulig, J. W., & American Academy of Pediatrics Committee on Substance Abuse. (2005). Tobacco, alcohol, and other drugs: The role of the pediatrician in prevention, identification, and management of substance abuse. *Pediatrics, 115(3)*, 816–21.

Lehrer, J. A., Pantell, R., Tebb, K., & Shafer, M. A. (2007). Forgone health care among U.S. adolescents: Associations between risk characteristics and confidentiality concern. *Journal of Adolescent Health, 40(3)*, 218–26.

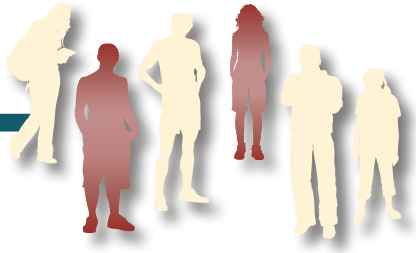
Levy, S., Vaughan, B. L., & Knight, J. R. (2002). Office-based intervention for adolescent substance abuse. *Pediatric Clinics of North America,* 49(2), 329–43.

Macgowan, M. J., & Engle, B. (2010). Evidence for optimism: Behavior therapies and motivational interviewing in adolescent substance abuse treatment. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 19(3)*, 527–45.

McMorris, B. J., Catalano, R. F., Kim, M. J., Toumbourou, J. W., & Hemphill, S. A. (2011). Influence of family factors and supervised alcohol use on adolescent alcohol use and harms: Similarities between youth in different alcohol policy contexts. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs,* 72(3), 418–28.

Miller, W. R., Zweben, A., DiClemente, C. C., & Rychtarik, R. G. (1992). *Motivational enhancement therapy manual: A clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence*. Rockville, MD: NIAAA.

Millstein, S. G., & Marcell, A. V. (2003). Screening and counseling for adolescent alcohol use among primary care physicians in the United States. *Pediatrics, 111(1)*, 114–22.



Morreale, M. C., Stinnett, A. J., & Dowling, E. D., eds. (2005). *Policy compendium on confidential health services for adolescents, second edition*. Chapel Hill, NC: Center for Adolescent Health & the Law.

Naar-King, S., & Suarez, M. (2011). *Motivational interviewing with adolescents and young adults*. New York: Guildford Press.

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (2011). Unpublished analysis of 2000–2009 data from the National Survey on Drug Use and Health (NSDUH), an annual nationwide survey sponsored by the Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (2010). *Parenting to prevent childhood alcohol use.* NIH Publication No. 10–7467.

O'Brien, M. C., McCoy, T. P., Rhodes, S. D., Wagoner, A., & Wolfson, M. (2008). Caffeinated cocktails: Energy drink consumption, high-risk drinking, and alcohol-related consequences among college students. *Academic Emergency Medicine, 15(5)*, 453–60.

O'Connor, E. A., Hollis, J. F., Polen, M. R., & Lichtenstein, E. (1999). Adolescent health care visits: Opportunities for brief prevention messages. *Effective Clinical Practice, 2(6)*, 272–6.

Reinert, D. F., & Allen, J. P. (2007). The alcohol use disorders identification test: An update of research findings. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research, 31(2)*, 185–99.

Rollnick, S., & Miller, W. R. (1995). What is motivational interviewing? *Behavioural and* Cognitive Psychotherapy*, 23(4)*, 325–334.

Rubak, S., Sandbaek, A., Lauritzen, T., & Christensen, B. (2005). Motivational interviewing: A systematic review and meta-analysis. *British Journal of General Practice, 55(513)*, 305–12.

Siegel, M. B., Naimi, T. S., Cremeens, J. L., & Nelson, D. E. (2011). Alcoholic beverage preferences and associated drinking patterns and risk behaviors among high school youth. *American Journal of Preventive Medicine, 40(4)*, 419–26.

Squeglia, L. M., Jacobu, J., & Tapert, S. F. (2009). The influence of substance use on adolescent brain development. *Clinical EEG & Neuroscience Journal, 40(1)*, 31–8.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2010). *Results from the 2009 National Survey on Drug Use and Health: Volume I. Summary of national findings* (Office of Applied Studies, NSDUH Series H-38A, HHS Publication No. SMA 10–4856Findings). Rockville, MD.

Tevyaw, T. O., & Monti, P. M. (2004).Motivational enhancement and other brief interventions for adolescent substance abuse: Foundations, applications and evaluations. *Addiction*, (Supplement 2), 63–75.

Tripodi, S. J., Bender, K., Litschge, C., & Vaughn, M. G. (2010). Interventions for reducing adolescent alcohol abuse: A meta-analytic review. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 164(1)*, 85–91.

U.S. Preventive Services Task Force. (2018). *Unhealthy Alcohol Use in Adolescents and Adults: Screening and Behavioral Counseling Interventions*. Retrieved December 16, 2020, from https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/unhealthy-alcohol-use-in-adolescents-and-adults-screening-and-behavioral-counseling-interventions

Van Hook, S., Harris, S. K., Brooks, T., Carey, P., Kossack, R., Kulig, J., & Knight, J. R.; New England Partnership for Substance Abuse Research. (2007). The "Six T's": Barriers to screening teens for substance abuse in primary care. *Journal of Adolescent Health, 40(5)*, 456–61.

Wachtel, T., & Staniford, M. (2010). The effectiveness of brief interventions in the clinical setting in reducing alcohol misuse and binge drinking in adolescents: A critical review of the literature. *Journal of Clinical Nursing, 19(5–6)*, 605–20.

Walls, T. A., Fairlie, A. M., & Wood, M. D. (2009). Parents do matter: A longitudinal two-part mixed model of early college alcohol participation and intensity. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 70(6)*, 908–18.

Walton, M. A., Chermack, S. T., Shope, J. T., Bingham, C. R., Zimmerman, M. A., Blow, F. C., & Cunningham, R. M. (2010). Effects of a brief intervention for reducing violence and alcohol misuse among adolescents: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association,* 304(5), 527–35.

Wood, M. D., Read, J. P., Mitchell, R. E., & Brand, N. H. (2004). Do parents still matter? Parent and peer influences on alcohol involvement among recent high school graduates. *Psychology of Addictive Behaviors, 18(1),* 19–30.

Recursos adicionales*

Para los proveedores de atención médica

Detección y evaluación del riesgo

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA)
www.niaaa.nih.gov

- Versión en formato PDF de esta Guía—antecedentes, recursos y actualizaciones https://www.niaaa.nih.gov/alcohols-effects-health/professional-education-materials/alcohol-screening-and-brief-intervention-youth-practitioners-guide
- Información general sobre el alcohol, incluyendo los tamaños estándar de las bebidas www.rethinkingdrinking.niaaa.nih.gov

American Academy of Pediatrics (AAP)
www.aap.org

- Committee on Substance Use and Prevention—Recursos Clave www.aap.org/en-us/advocacy-and-policy/aap-health-initiatives/Substance-Use-and-Prevention/Pages/keyresources.aspx
- Children's Mental Health in Primary Care—Kit de herramientas y otros recursos
  - General: www.aap.org/mentalhealth
  - Kit de herramientas: https://shop.aap.org/mentalhealthtoolkit/

Atención confidencial

Center for Adolescent Health and the Law—monografías sobre las leyes de consentimiento para el menor y políticas de asociaciones profesionales
www.cahl.org

Society for Adolescent Health and Medicine—ejemplo de una declaración de confidencialidad, guía de facturación y otros recursos de atención clínica
www.adolescenthealth.org

Entrevistas motivacionales

Para información general y de entrenamiento, visite:

- www.motivationalinterview.net
- https://services.aap.org/en/patient-care/mental-health-initiatives/

Localizador de tratamientos

Behavioral Health Treatment Locator (Localizador de servicios para tratamiento de salud conductual) 1–800–662–HELP o
https://findtreatment.samhsa.gov

Para los padres

Publicaciones

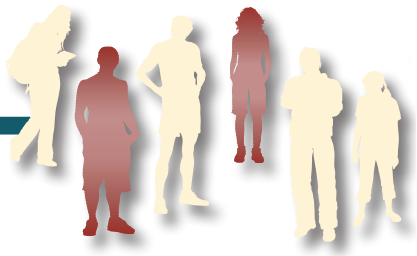
Parenting to Prevent Childhood Alcohol Abuse de NIAAA.
www.niaaa.nih.gov/publications/brochures-and-fact-sheets/parenting-prevent-childhood-alcohol-use

Make a Difference: Talk to Your Child About Alcohol de NIAAA
www.niaaa.nih.gov/publications/brochures-and-fact-sheets/make-a-difference-child-alcohol

Start Talking Before They Start Drinking: A Family Guide de Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA)
www.stopalcoholabuse.gov/media/Underage_Brochure_508final.pdf

A Parent's Guide to Teen Parties de AAP
www.healthychildren.org/English/ages-stages/teen/Pages/A-Parents-Guide-To-Teen-Parties.aspx

*algunos disponibles solo en inglés



Sitios web

Hable. Ellos Escuchan. de SAMHSA
www.samhsa.gov/hable-ellos-escuchan

Sitio web para padres de AAP:
www.healthychildren.org/spanish/paginas/default.aspx; en particular, "El alcohol: la opción más popular":
www.healthychildren.org/spanish/ages-stages/teen/substance-abuse/paginas/alcohol-the-most-popular-choice.aspx

The Partnership at DrugFree.org
www.drugfree.org

Sitio web de College Drinking Prevention de NIAAA, página para los padres
www.collegedrinkingprevention.gov/ParentsandStudents/Parents

Acuerdos de manejo y seguridad

AAP's Contrato entre el padre y el conductor adolescente
www.healthychildren.org/spanish/ages-stages/teen/safety/paginas/teen-driving-agreement.aspx

Students Against Destructive Decisions "Contract for Life"
https://crafft.org/wp-content/uploads/2018/10/Spanish-Contract-for-Life.pdf

Para los pacientes

Apoyo a pacientes cuyos padres tienen problemas de consumo de alcohol:

- Al-Anon Family Groups, incluyendo Alateen
  www.al-anon.org/es/
- Página web de "Just 4 Kids" de 1a National Association for Children of Addiction
  https://nacoa.org/families/just-4-kids/

Información y cifras del consumo de alcohol entre menores de edad

Underage Drinking Research Initiative de NIAAA www.niaaa.nih.gov/underage-drinking-research-initiative

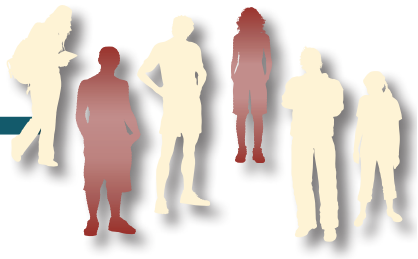
Edición de la revista *Alcohol Research & Health* de NIAAA sobre el consumo de alcohol entre menores de edad (2009)
pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh321/toc32-1.htm

Página web "Alcohol and Public Health" de Centers for Disease Control and Prevention
www.cdc.gov/Alcohol

Monitoring the Future
www.monitoringthefuture.org

Report to Congress on the Prevention and Reduction of Underage Drinking (2018)
www.stopalcoholabuse.gov/media/ReportToCongress/2018/report_main/stop_act_rtc.pdf

Notas



NIH Publication No. 21-AA-7805S
Versión en español realizada en diciembre de 2021
Impreso en diciembre de 2021